

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

**“Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras
de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José
Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018”**

PIURA – PERU 2018


UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA




TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

**“Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras
de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José
Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018”**


Mg. Ana Moncada de la Torre
PRESIDENTA


Mg. Gladys Mundaca Cardozo
SECRETARIA


Mg. Fanny Eche Palacios
VOCAL

PIURA – PERU 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

**“Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras
de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José
Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018”**

Lic. Liliana Zavaleta Vargas
ASESOR

PIURA – PERU 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

**“Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras
de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José
Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018”**

Ana Elizabeth Aguilar Albán

Autora

PIURA – PERU 2018



"ACREDITACIÓN, COMPROMISO DE TODOS"
Universidad Nacional de Piura Facultad de Ciencias de la Salud
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS



Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, reunidos para calificar el Proyecto de Tesis de la Srta. **ANA ELIZABETH AGUILAR ALBAN** denominado "**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA. FEBRERO 2018**". Lo declaran:

[Firma manuscrita]

En consecuencia, queda en condiciones de ser calificada **APTA** por el Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Piura, y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**, de conformidad con el Art. 171 del Estatuto de la Universidad Nacional de Piura.

Piura, 19 de marzo del 2018

[Firma manuscrita]
MG. ANA MONCADA DE LA TORRE
PRESIDENTE

[Firma manuscrita]
MG. GLADYS MUNDACA CARDOZO
SECRETARIA

[Firma manuscrita]
MG. FANNY ECHE PALACIOS
VOCAL

RESUMEN

El presente estudio titulado: Cultura de Seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD. Piura febrero 2018, corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo, tuvo como objetivo general determinar la cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios mencionados.

La población estuvo conformada por 43 enfermeras de los servicios de medicina (13) y emergencia (30), en quienes se aplicó como instrumento el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española, para evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente según seis dimensiones: Frecuencia de Eventos adversos notificados; percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección, trabajo en equipo en el servicio, dotación de personal y problemas en cambio de turno.

Respecto a las seis dimensiones ; tres de ellas se perciben como negativas: Frecuencia de eventos adversos notificados (46,5%); dotación de personal (48,3%) y problemas en cambio de turno (47,7%); dos de ellas se presentan como neutras: Percepción de seguridad (57,4%) y expectativas y acciones de la dirección (61,6%), y solo una se muestra como positiva: Trabajo en equipo en el servicio (75%).

Se concluye de manera general que la cultura de Seguridad del Paciente percibida por las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia es negativa; sin embargo el estudio permitió proponer acciones de mejora en pro de la seguridad del paciente.

Palabras Claves: Cultura de Seguridad del paciente, dimensiones de seguridad del paciente.

ABSTRACT

The present study entitled: Culture of Patient Safety according to perception of nurses of the medical and emergency services of Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD. Piura February 2018, corresponds to a quantitative, descriptive, cross-sectional and prospective study, aimed at In general, determine the safety culture of the patient according to the nurses' perception of the aforementioned services.

The population consisted of 43 nurses from the medical services (13) and emergency (30), in whom the Questionnaire on Patient Safety was applied as an instrument. Spanish version, to evaluate the perception of the safety culture of the patient according to six dimensions: Frequency of adverse events reported; perception of security, expectations and actions of management, teamwork in the service, staffing and problems in turn change.

Regarding the six dimensions; three of them are perceived as negative: frequency of adverse events reported (46.5%); staffing (48.3%) and problems in shift change (47.7%); two of them are presented as neutral: Perception of safety (57.4%) and expectations and actions of the management (61.6%), and only one is shown as positive: Teamwork in the service (75%).

It is generally concluded that the culture of Patient Safety perceived by nurses in the medical and emergency services is negative; However, the study allowed proposing improvement actions in favor of patient safety.

Key words: Culture of Patient Safety, dimensions of patient safety.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DEL PROBLEMA	6
1.5. LIMITACION Y VIABILIDAD DEL ESTUDIO	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	8
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.2. BASES TEORICAS Y DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	12
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	27
CAPITULO III: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	29
3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	29
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
4.1. TIPO,NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	30
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	30
4.3. VARIABLE:	30
4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
4.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
4.6. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS ..	38
4.7. ASPECTOS ETICOS	39
CAPITULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	40
5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	48
CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	49
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	57
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	63

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRÁFICO N°1.....40

TABLA Y GRÁFICO N° 2.....42

TABLA Y GRÁFICO N° 3.....43

TABLA Y GRÁFICO N° 4.....44

TABLA Y GRÁFICO N° 5.....45

TABLA Y GRÁFICO N°6.....46

TABLA Y GRÁFICO N° 7.....47

TABLA Y GRÁFICO N° 8.....74

TABLA Y GRAFICO N° 9.....73

TABLA Y GRAFICO N°10.....74

TABLA Y GRAFICO N°11.....75

TABLA Y GRAFICO N°12.....76

TABLA Y GRAFICO N°13.....77

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios de salud no es un tema nuevo, pero lo cierto es que en los últimos años el problema ha adquirido una dimensión mundial.

El impacto de los resultados del informe To Err is Human (“Errar es humano”), puso en alerta las instituciones sanitarias en cuanto a la seguridad del paciente. Este informe reforzó con contundencia los hallazgos del “estudio Harvard”, un trabajo pionero publicado por Brennan et al, sobre la escasa cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales de salud. (Brennan, 2014)

Ante esta situación instituciones y organismos internacionales han considerado la seguridad del paciente un problema grave y de consecuencias con gran impacto.

Una de las reacciones más representativas fue de la propia OMS, que creó en 2004 una Alianza internacional para la seguridad del paciente, ha desarrollado una serie de iniciativas importantes. La mejora de la cultura de seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las recomendaciones para fomentar la seguridad en hospitales, se señala la medición de la cultura de seguridad, el feedback de los resultados, y el diseño de intervenciones consecuentes, como elementos necesarios para cumplir esta recomendación. La cultura de seguridad es considerada como un indicador estructural básico que favorece la implementación de buenas prácticas clínicas e, incluso, la utilización efectiva de otras estrategias, como la notificación de incidentes y aprendizaje con los problemas. (Garcia, 2015)

El presente estudio titulado: “Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD. “tuvo como objetivo general determinar dicha cultura.

En tal investigación se obtuvo como resultado una cultura de seguridad del paciente negativa, sin embargo estos resultados ayudan a plantear propuestas de mejora, así como el cambio de actitudes y sensibilización hacia el personal de salud para el logro de la asimilación de una cultura positiva.

Además los resultados fueron útiles para conocer el grado en que se encuentra la institución frente a los requerimientos de la normatividad, la seguridad y la calidad con la que se prestan los servicios y se reduzca la probabilidad de ocurrencia de los eventos adversos.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En los últimos años la seguridad del paciente se ha convertido en un tema relevante en el aspecto de salud, constituyéndose en un problema grave de salud pública debido a que en todo el mundo existen cifras alarmantes a cerca de las consecuencias de no tener una cultura de seguridad del paciente. Esta situación no solo afecta a países en vía de desarrollo sino también a países desarrollados. (Gallardo, 2014)

Dicha problemática no es reciente así lo sostiene el documento Error es humano en 1999 por el Instituto de medicina de Estados Unidos, en el cual anuncian la ocurrencia de 44 mil a 98 mil muertes anuales a consecuencia de la carencia de una cultura de seguridad del paciente fomentada en los profesionales de la salud. (Lopez, 2008)

En España se han llevado a cabo varios estudios; uno de los más resaltantes ha sido el estudio ENEAS; en dicho estudio se ha calculado que un 9,8% de los Eventos adversos del periodo de pre hospitalización ocurren en urgencias; los cuales pueden atribuirse a las condiciones de trabajo (presión asistencial, falta de coordinación del trabajo en equipo, identificación inadecuadas de los pacientes, los turnos de trabajo y las guardias, las interrupciones continuas, y los errores de comunicación entre profesionales, pacientes, etc. (Ministerio de Sanidad y Consumo .España , 2006)

Así pues; una pobre cultura de seguridad del paciente afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidas la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidado sano, todas estas medidas se han evidenciado como faltantes en el sistema de salud tanto a nivel de Latinoamérica como a nivel nacional.

En estudios a nivel nacional es común encontrar situaciones determinantes como la falta de sensibilización, falta de unificación de métodos de identificación, notificación inadecuada, violación del carácter confidencial de los datos, exigencia de responsabilidad profesional, sistemas de información precarios o falta de sistemas de notificación, limitantes en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, falta de ética por parte del personal de salud. (Lopez, 2008).

Si a todo ello se le suma la falta de principios, valores esenciales y los objetivos principales de cada profesión. Nacida de las tradiciones propugnadas por el juramento hipocrático, la máxima de “no dañar” pretende guiar la sensibilidad ética de los facultativos. Asimismo, el Código Deontológico de Enfermería establece que “El enfermero fomenta, apoya y se esfuerza en el cuidado de la salud, la seguridad y los derechos del paciente... incluyendo la responsabilidad de proteger su seguridad...” Estas declaraciones de principios reflejan claramente el objetivo fundamental y básico de proteger la seguridad del paciente. (Vargas, 2008)

Frente a esta problemática la OMS formó una alianza con algunos países líderes en salud, con el fin de fomentar una cultura de seguridad del paciente positiva en los profesionales para reducir el número de enfermedades y efectos adversos que ocurren por errores del personal de salud en la atención sanitaria; además se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia

en los servicios de hospitalización; entre ellos: medicina, UCI, cirugía, entre otros. (Organizacion Mundial de Salud , 2010)

Así lo constata el Estudio Latinoamericano de Eventos Adversos(IBEAS) ha sido el primer proyecto llevado a cabo a gran escala para conocer la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en los hospitales como resultado de la atención;58 hospitales participaron en dicho estudio ;(11379 pacientes);teniendo como resultado que la prevalencia global de eventos adversos fue de 10.5%;los relacionados con los cuidados fue de 13,27%, con el uso de la medicación 8,23%, con la infección nosocomial 37,14%, con algún procedimiento 28,69% y con el diagnóstico 6,15%. (Organizacion Mundial de Salud , 2010)

El Perú tampoco escapa de esta situación, cada vez más se descuida la seguridad del paciente en los ambientes hospitalarios, por ejemplo las enfermeras del hospital de Essalud Edgardo Rebagliati Martins han denunciado que el servicio de Emergencias de Adultos se ha convertido en un peligroso foco de contagio de tuberculosis (TBC), tanto para los pacientes como para el personal que trabaja allí. (Gallardo, 2014)

En el Hospital III José Cayetano Heredia ubicado en el distrito de Castilla; se observa con preocupación, que la asistencia a los pacientes; se lleva a cabo sin una adecuada evaluación

y comunicación permanente de los errores, evitándose el análisis del proceso y aumentando los riesgos para el paciente.

La organización en su conjunto; parte asistencial como gerencial aún, no asume en su totalidad la seguridad del paciente como acción prioritaria de gestión, sin elaborar estrategias tendientes a la prevención del error como: informe de errores y magnitud del daño con el correspondiente análisis del proceso que lo condujo.

Como consecuencia de estos factores y otros, tanto individuales como grupales, en el hospital mencionado se presentaron en el primer semestre del año 2017;105 eventos adversos ;de los cuales el servicio de medicina presenta el 17,1 % (18) resaltando flebitis 66.6% (8) y UPP 16,7%(2) y el servicio de Emergencia presenta 11,4% (12), constituyéndose como principales flebitis 71,4% (5) y caídas 14,3% (1);y en el tercer trimestre de dicho año se presentaron 22 casos de eventos adversos ;correspondiendo a los servicios de medicina y emergencia el 31.8% (7) y 45.4%(10) respectivamente. (Oficina de Planeamiento y Calidad-ESSALUD)

La seguridad del paciente es un problema muy amplio , que tiene aristas no solo en la parte gerencial también en la asistencial y porque no decirlo en el aspecto de docencia ya que se observa que los valores, las actitudes ,aptitudes, los procesos que se tiene al brindar la atención sanitaria no es la adecuada en algunos casos ; o en ciertos servicios no se cuenta con personal suficiente, pueden existir problemas en los diversos cambios de turno o una comunicación escasa entre personal de enfermería para brindar calidad en la atención, o no hay un buen trabajo en equipo.

Además; si a esta problemática se le suma que tanto la Oficina de Epidemiología como la Oficina de Planeamiento y Calidad informan eventos adversos en datos distintos, partimos de un gran problema de notificación, si bien es cierto en el mes de diciembre se ha empezado con el sistema de notificación de dichos eventos ocurridos en los diferentes servicios del hospital , se tiene que tener en cuenta que no solo es necesaria la correcta notificación; sino el análisis de las causas y los comportamientos del personal de enfermería; por ser el principal dador de cuidado holístico, para generar un aprendizaje continuo y exista una mejora. Por tal motivo se realizó la investigación para determinar ¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermas de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la cultura de seguridad del paciente según la frecuencia de eventos adversos notificados por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia.
- Determinar la cultura de seguridad del paciente según la percepción de seguridad por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia.
- Determinar la cultura de seguridad del paciente según las Expectativas y acciones de la dirección por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia.
- Determinar la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia.
- Determinar la cultura de seguridad del paciente según la dotación de personal por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia.
- Determinar la cultura de seguridad del paciente según los problemas en cambio de turno por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente es una característica de la calidad de atención que debe ser tomado en cuenta por los profesionales de las instituciones, entre ellos el personal de Enfermería, debido a que no solo constituye el grupo más numeroso de trabajadores en cualquier institución sanitaria; sino también porque es el personal responsable de los cuidados directos hacia los pacientes ,muchos de los reclamos y demandas que se presentan los involucran, como consecuencia de sus funciones asistenciales o administrativas (Torres, 2011).

Para las instituciones de salud, tanto para el personal gerencial como asistencial debe ser prioridad en todo momento crear una cultura de seguridad del paciente, evitando cualquier tipo de daño hacia este, sea por los distintos factores que puedan existir tanto individuales como grupales. En dichas organizaciones se debe garantizar una atención segura, lo cual contempla dos enfoques, el primero un enfoque del riesgo para disminuir las acciones inseguras que generan incidentes o eventos adversos; y el otro enfoque cuando estas fallas ya se presentan, con el fin de aprender de los errores, analizar su origen y comportamiento del personal, promoviendo así propuestas de mejora radicales.

Al tomar conciencia los trabajadores de lo significativo que es tener una cultura de seguridad del paciente positiva, que implica una modificación básicamente en sus actitudes, no solo existirán mejores relaciones entre el equipo de trabajo, formándose ambientes más seguros para el paciente; sino que se creara una cultura de notificar eventos adversos a tiempo; como consecuencia, estos irán disminuyendo; puesto que tendrán un análisis profundo y con ello un aprendizaje oportuno y acciones de mejora.

Para lograr este proceso hace falta no solo instituir normas y disposiciones gubernamentales; sino enfatizar en la creación de dicha cultura.

Este resultado de valores, creencias, percepciones, competencias, patrones de comportamiento no solo individuales; son los que guían el compromiso del personal de salud en todos sus niveles.

Asimismo se debe recalcar que la seguridad del paciente es un aspecto que debe ser visto desde el punto educativo, mas no punitivo, tratando de buscar culpables ante la aparición de eventos adversos, riesgos o eventos centinela en los pacientes, por el contrario se necesita promover el aprendizaje continuo entre los miembros.

Medir la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de III Nivel de Atención, establecerá una línea de base, que le permitirá priorizar sus acciones de mejora; darle continuidad a la evaluación; ya que esta debe ser permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. Además permitirá medir la efectividad de las acciones y la posibilidad de replantearlas y lo más importante que disminuyan el riesgo de daños hacia el paciente.

La realización de este trabajo permitirá contar con información actualizada sobre dicho tema, el cual es importante dentro de los estándares de calidad en salud; además se pretende determinar la cultura de seguridad del paciente percibida por el personal de enfermería que labora en la institución y de esta manera se puedan emprender acciones y estrategias que permitan intervenir de manera oportuna en busca de mejorar la calidad de la atención a los usuarios.

Se podrá conocer con mayor exactitud este tema, importante para los profesionales de la salud ya que existe una escasa literatura o estudios referentes al tema en mención a nivel regional; evitando que se continúe en el desconocimiento de la importancia y trascendencia de la cultura de seguridad del paciente.

1.5. LIMITACION Y VIABILIDAD DEL ESTUDIO

a) Limitaciones :

- El instrumento de recolección de datos es extenso, demandó más tiempo para la aplicación.
- Distintos turnos de trabajo de las enfermeras.
- Poca disponibilidad de las enfermeras para resolver la encuesta.

b) Viabilidad:

- El presente estudio fue viable ya que se tuvo suficiente conocimiento de las variables a estudiar.
- Se dispuso del presupuesto necesario para su ejecución.
- Se dispuso del tiempo necesario para su ejecución

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Etelvina .S (Argentina-2015). Realizó un estudio sobre Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), cuyo objetivo fue describir la percepción del error y los aspectos positivos y negativos de la cultura de la seguridad del paciente que tiene el equipo de salud de la UCIN del HPMI de Salta. El estudio fue descriptivo, cuali-cuantativo.

El 28 % del equipo de salud percibe haber participado de eventos adversos. En un 70% las fortalezas identificadas fueron el ambiente de trabajo y un 76% la percepción de una Buena comunicación en los pases de sala en la UCIN. Por otro lado las debilidades y oportunidades de mejora detectadas fueron la organización y dirección del hospital con un 54% y la carga de trabajo elevada en un 86%. Concluyendo que la identificación y comunicación de los eventos adversos es prioritaria y un desafío urgente. La seguridad es una responsabilidad compartida con los líderes, que deben mejorar la confianza y fortalecer la comunicación, base de una Cultura de Seguridad positiva y proactiva capaz de evidenciar el impacto que tienen los errores en la salud de los neonatos.

Hortensia C. (Mexico-2013) realizó un estudio sobre Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería cuyo objetivo fue Identificar las áreas de fortaleza y oportunidad de mejora continua, percibidas por el personal de enfermería en relación a la cultura de seguridad en la atención de los pacientes en un Hospital General del Sistema de Salud, en Tampico, Tamaulipas. El estudio fue cuantitativo, descriptivo con diseño transversal.

La percepción global del indicador de cultura de la seguridad fue percibido con un 54,53% de respuestas positivas. El clima de seguridad obtuvo una media de 7,35 en una escala del 0 al 10, la percepción de seguridad fue percibida como una dimensión hacia la mejora continua con un 44,1% ;en relación a la frecuencia de eventos notificados 156 participantes reportaron 0 eventos con un 80%, 17 reportó 1 evento con un 8,7%, 13 con 2 eventos reportados con un 6,7%, 2 con 3 con un 1,0% y 3 con 5 eventos reportados con un 1,5%. La dimensión de aprendizaje organizacional/mejora continua, que explora aspectos relacionados a las actividades para mejorar la seguridad, fue percibida como fortaleza con un 83,6%. En relación a la dimensión de las expectativas y acciones de la

dirección/supervisión de la unidad/ servicio que favorecen la seguridad fue evaluada con un 63,1%. La dimensión del trabajo en equipo entre unidades que explora el comportamiento de seguridad en los enlaces de la atención de los pacientes entre los servicios de hospitalización, reporta un 62,6%. Concerniente a las áreas de oportunidad hacia la mejora continua; la dimensión peor evaluada correspondió a la “dotación de personal”, que explora aspectos de las cargas de trabajo laboral en relación a la cantidad de personal para brindar una atención con seguridad, con un 21%; en relación a la dimensión de la “respuesta no punitiva a los errores” que indaga aspectos relativos a la percepción que se tiene cuando se comete algún error y las consecuencias que ello pueda tener fue evaluada con un 36,9%.

Concluyendo que el indicador utilizado permitió identificar la percepción global del personal de enfermería hacia la seguridad en la atención del paciente, identificando seis dimensiones problemáticas con oportunidad hacia la mejora continua; así como dos dimensiones fuertes dentro de la cultura de seguridad.

Paula G. (Colombia-2013).Realizaron un estudio sobre evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia cuyo objetivo fue evaluar dicha cultura, basado en la percepción del personal asistencial y administrativo, vinculado a La Fundación Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros en Antioquia (HSI).

Respecto a la percepción general de la seguridad del paciente se alcanzó un 52% de respuestas positivas; a pesar de que un 63%de los encuestados considera que utilizan procedimientos y sistemas buenos para prevenir eventos adversos, el 57%cree que es por casualidad que no ocurren errores más serios .solo un 32% cree que no se sacrifica la seguridad del paciente por hacer más trabajo; y el 57%percibe que en su unidad de trabajo hay problemas de seguridad del paciente. En lo que concierne a los eventos adversos reportados el 73% de los encuestados responde positivamente. El 70 % cree que se comete un error, pero es detectado y corregido antes de que afecte al paciente, es reportado. Otro 70% cree que cuando se comete el error y este no tiene potencial de causar daño de la misma forma es reportado .Por último el 77 % cree que se reporta cuando puede afectar y dañar al paciente pero no lo daña. En promedio el 72% estima que hay una actitud positiva de los directivos hacia la seguridad del paciente y un 86% cree que se propicia un clima laboral favorable. Respecto a la percepción general de la seguridad del paciente en el área de trabajo el 79% de los encuestados consideran pobre y mala la seguridad en su área de trabajo; solo el 27 % la consideran muy buena y aceptable. De las áreas que tienen

contacto con el paciente, la percepción general es de 22% entre muy bueno y aceptable y un 84% pobre y malo.

Se concluyó que el análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en los conceptos y paradigmas, que requiere mejorar algunas prácticas del personal de salud, como el concepto de jerarquización, la respuesta punitiva al error, la comunicación, las relaciones entre áreas de trabajo, el proceso entre los cambios de turno, el liderazgo y compromiso de la alta dirección, entre otros, que permitan mejorar la cultura del reporte de eventos adversos y entender la seguridad como un asunto de responsabilidad compartida.

Olga G. (Bogotá, Colombia -2011) realizó un estudio sobre Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia; teniendo como objetivo caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel.

El nivel de seguridad en los hospitales tanto privados como públicos tuvo un porcentaje de 19% (38) puntuando el nivel de seguridad como 8, seguido del nivel 9 de seguridad con el 15% (31), luego con un 13.4% (27) con una percepción de nivel 7 de seguridad del paciente en su servicio. En general la percepción que se tiene del nivel de seguridad del paciente está en su gran mayoría en los niveles 7, 8, 9 y es de destacar que los niveles más bajos o los de mínima seguridad, obtuvieron puntuaciones bajas. Respecto a los eventos adversos notificados el (63,6%) 128 individuos afirmaron que no habían reportado ningún incidente, 68 individuos (33.8%) afirmaron que habían reportado menos de 10 incidentes y 2 individuos (1%) afirmaron haber reportado más de 25 incidentes. Lo cual sugiere una cultura de seguridad débil en este aspecto.

Se concluye que en cuanto al funcionamiento de los servicios o unidades como tal se detecta el trabajo coordinado y como equipo fundamentado en tolerancia y respeto. Sin embargo un problema grave que se detecta es no solo la falta de personal sino que a pesar de que se está en contacto directo con el paciente, no se reportan (en su mayoría) los eventos adversos en la atención sanitaria, lo que se puede deber a la percepción que tienen los encuestados respecto de las acciones punitivas que puede llevar a cabo la gerencia

Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes (suiza -2010). Realizó un estudio titulado; IBEAS: Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica cuya investigación tuvo como objetivo: valorar cuál es la situación de la seguridad del paciente en algunos hospitales de Latinoamérica.

Se obtuvo como resultado que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios. Este riesgo se duplicaba si considerábamos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital. El tiempo que llevaba hospitalizado suponía un riesgo mayor. En lo que respecta al estado físico del paciente: De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos, 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones); 17 quedaron con una incapacidad total ;12 con una incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad.

Concluyendo que El Estudio IBEAS ha permitido disponer, por primera vez, de una estimación sobre la magnitud en algunos hospitales pioneros de Latinoamérica, del problema de seguridad del paciente o daños producidos como consecuencia de los cuidados hospitalarios.

Vanessa M. (Lima-2015) realizó un estudio sobre Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo; la investigación tuvo como objetivo determinar la Cultura de Seguridad del paciente, en enfermeras que laboran en dicho servicio. Se realizó un estudio nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo.

Respecto a la percepción de seguridad de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo; se observó que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, el 53.3%(24) perciben la seguridad del paciente como una cultura débil por lo tanto con oportunidad de mejora; mientras que solo el 46.3%(21) del total de enfermeras perciben una cultura fortalecida. En relación a la frecuencia de eventos notificados por las enfermeras se observa que del 100%(45) el 57,8%(26) refieren que tienen una cultura débil, mientras que el 42,2%(19) refieren que tienen una cultura fuerte según la frecuencia de eventos notificados. En relación al trabajo en equipo en la cultura de seguridad de las enfermeras se aprecia una cultura fuerte con el 53.3%(24), mientras que el 46.7%(21) denota una cultura débil. En tanto con un 51.1%(23) se aprecia que hay una cultura débil respecto al “Trabajo en equipo entre las áreas o servicios” en comparación al 48.9%(22) que responde a una cultura fuerte. Con respecto al grado de apertura de la comunicación” se observa mayoritariamente que existe una cultura débil con un 88.9% (40). Así mismo se aprecia un panorama similar respecto a la

“Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad” con el 66.7%(30), que denota también una cultura débil.

Se concluye que a pesar de apreciarse una cultura fuerte, el porcentaje de cultura débil es muy alto, lo que permite reflexionar en la falta de un sin número de ajustes en las estrategias, medidas y acciones para mejorar el grado de seguridad del paciente en la institución.

Yuri. E (Huánuco -2014). Llevo a cabo un estudio sobre Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco. La investigación tuvo como objetivo determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente. Se realizó un estudio descriptivo simple.

Respecto a la “percepción de seguridad” de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que la mayoría del 97,6% (80 enfermeros) declararon una percepción media, y el 1,2% de ellos manifestaron una percepción baja y alta, cada una respectivamente. En razón a la percepción de “frecuencia de eventos notificados” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que el 63,4% (52 enfermeros) manifestaron una percepción media, sin embargo el 32,9% (27 enfermeros) aseguraron una percepción alta y en cambio el 3,7% (3 enfermeros) mostraron una percepción baja.

Así pues se concluye que existe una percepción de nivel medio de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

2.2. BASES TEORICAS Y DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.2.1 Cultura de seguridad

La Cultura de Seguridad se ha convertido en un concepto clave para conocer el estado de madurez en Seguridad de las Organizaciones, así como las acciones necesarias para evolucionar hacia estados más maduros de Seguridad, y por tanto reducir los índices de siniestralidad.

Dicha cultura se expresa de muchas maneras, en especial a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los

diferentes grupos de trabajo. Además, crea un sentido de identificación y establece lazos de vida entre toda una organización y los objetivos que esta posee. (Chuquitapa, 2016)

Así, la cultura en el contexto de salud es lo que surge de los esfuerzos concertados de las organizaciones para movilizar todos los elementos culturales hacia las metas de seguridad, incluyendo a sus miembros, sus sistemas y actividades laborales; para ello las instituciones establecen estándares de calidad más elevados y necesarios que justifican su acreditación como sistemas de salud, modificando sus estructuras y procesos para evitar riesgos hospitalarios y responder al derecho a la seguridad que tienen los pacientes. (Ramos, 2016)

Se sabe que la cultura está en constante cambio con sus distintos elementos de una organización. Por tanto, una cultura de seguridad es aquella que integra la máxima hipocrática básica de "no causar daño" en la misma fibra de la identidad de la organización, que la incorpora a sus normas y funcionamiento, y la sitúa como misión prioritaria fundamental. Para Reyes son las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. (Reyes, 2013)

De acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos (Chuquitapa, 2016)

Así pues; es una amalgama de valores, normas, ética y patrones de conducta aceptables, los cuales tienen por objeto mantener un enfoque autodisciplinado respecto del fortalecimiento de la seguridad más allá de los requisitos jurídicos y reglamentarios.

Por consiguiente, la cultura de la seguridad tiene que ser consustancial a los pensamientos y acciones de todos los individuos en todos los niveles de una organización. (Gallardo, 2014)

Se puede concluir definiendo a la cultura de seguridad como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que

determinan el grado de compromiso del personal de salud para disminuir los riesgos y daños hacia el paciente; logrando con ello brindar una atención de calidad.

2.2.2 Seguridad de los pacientes

La seguridad del paciente es un tema que en los últimos años ha mostrado pleno desarrollo. Ya que en el 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Dicha alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Es entendida como el conjunto de estructuras y procesos organizacionales que disminuyen la posibilidad de padecer sucesos adversos como consecuencia de la atención recibida en una institución de salud, lleva implícita una serie de elementos estructurales, para la efectiva prevención de riesgos en la asistencia sanitaria. (Meléndez C, 2014)

Así pues es definida como una dimensión de la calidad imprescindible en los servicios de salud.

Reconociendo que la seguridad del paciente es tanto una manera de hacer las cosas como una disciplina emergente; la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica la definen como una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud; es también un atributo de los sistemas de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de los mismos. “El Foro Nacional de Calidad, una asociación semiprivada formada en 1999, definió la práctica de seguridad del paciente como: “Un tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención a la salud dentro de un rango de enfermedades y procedimientos.” (Gluck, 2012)

Además la Organización Mundial de la Salud, refiere que la seguridad del paciente es “la ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención de salud. La disciplina de seguridad del paciente es el esfuerzo coordinado para evitar que se presenten daños , ocasionados por el proceso mismo de atención a la salud.” (OMS , 2012)

De la misma manera la Fundación Nacional de Seguridad del Paciente, la mayor organización multidisciplinaria dedicada únicamente a la reducción del daño por error médico, definió la seguridad del paciente como: “La eliminación, prevención y mejoramiento de efectos adversos o lesiones derivados del proceso de atención a la salud, incluyendo errores, desviaciones y accidentes. La seguridad surge de la interacción adecuada de los componentes del sistema de atención a la salud.”; el Instituto de Medicina definió seguridad del paciente como: “La prevención del daño causado por errores de comisión y omisión” (Cooper JB, 2012)

Gama lo define como “el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad”. Se entiende que dicha cultura es un constructo compuesto por dimensiones o subculturas, tales como el trabajo en equipo, comunicación, aprendizaje, etc. (Gama, 2013).

Asimismo, el Ministerio de la Salud ,lo define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente. (Ramos, 2016)

El MINSA, establece que la Seguridad del paciente está definida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. (Chuquitapa, 2016)

Se puede concluir que la seguridad del paciente es una de los principales indicadores de la calidad en salud; así pues es un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias.

En todas estas definiciones está implícito que la disciplina de la seguridad del paciente debe aspirar primero a reducir la cantidad de errores; pero, sobre todo, cuando ocurran, los sistemas de salud deberán contar también con “redes de seguridad” para evitar que los errores causen daño al paciente.

2.2.3 Cultura de seguridad del paciente.

Según la OMS en el documento “*Calidad de la atención seguridad del paciente*”, la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo. (Gutierrez, 2010).

Se define como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente. Diversos estudios muestran que una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir (Gallardo, 2014)

En Colombia, el término cultura de seguridad del paciente abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigentes, que tienen origen en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos, los profesionales y la comunidad (Ramírez, 2011)

Es un Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención. (Chuquitapa, 2016)

La cultura de seguridad del paciente es actuar en beneficio del paciente brindándole calidad en la atención, teniendo tanto individual como de forma colectiva una gama de valores, conductas, percepciones, actitudes positivas respecto al término de seguridad y lo que esto involucra, disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de un evento adversos en el paciente.

2.2.4 Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

a) Frecuencia de Eventos adversos notificados.

Es la periodicidad con la cual se reportan la ocurrencia de eventos adversos, a través de los mecanismos establecidos por el hospital. (Reyes, 2013)

En el estudio Harvard Medical Practice que sirvió de base para el informe To Err is Human: Building a Safer Health System del Instituto de Medicina estadounidense, evento adverso se define como "daño involuntario causado por un acto médico y no por las condiciones o enfermedad subyacente del paciente".

En el ámbito de los servicios de la salud, se pueden encontrar muchas variantes de esta definición, Por ejemplo: "Cualquier daño imprevisto o potencial de daño que se produce durante la atención médica al paciente, causado por el propio proceso de atención (y no por las condiciones subyacentes) y que puede afectar negativamente, y con frecuencia afecta, a la salud del paciente" (Solis, 2014)

Según el Ministerio de Sanidad y consumo de España se definen como una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados. Podemos distinguir dos tipos de eventos adversos:

- Eventos adversos graves (por ejemplo muerte o pérdida de función)
- Eventos adversos leve (por ejemplo fiebre o prolongación de la estancia). (Ministerio de Sanidad y Consumo .España , 2006)

Una buena estrategia para disminuir dichos eventos son los sistemas de notificación ya que constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los usuarios rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los usuarios proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad. (Brennan, 2014)

Los errores que se notifican son los siguientes: errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, errores sin daño potencial para el paciente y errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron. (Arango, 2013)

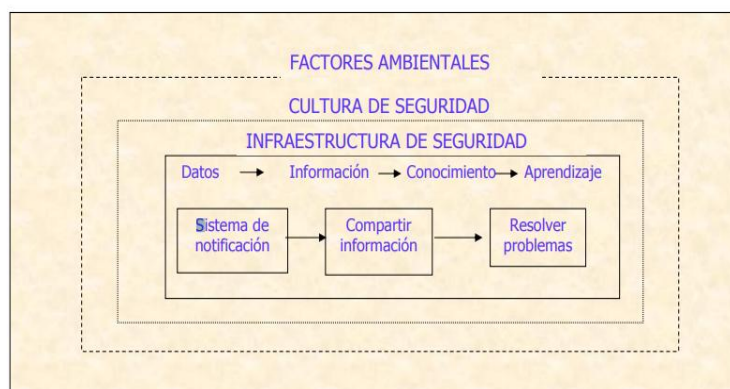
El incremento de la seguridad del paciente requiere tener en cuenta tres objetivos complementarios:

1. Identificar y analizar los eventos adversos
2. Prevenir los eventos adversos
3. Reducir sus efectos.

Los sistemas de registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan. Los sistemas de registro son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de seguridad, la cual está afectada por la totalidad de los factores ambientales que la rodean. Los sistemas de notificación, la información asociada a estos sistemas compartidos y la resolución de estos problemas permiten a las organizaciones por un lado identificar y aprender de las experiencias y por otro rediseñar procesos. (Consumo, 2015)

El primer objetivo de la notificación es aprender de las experiencias y también contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo. Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos (ej: efectos adversos de un nuevo fármaco), compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad.

Los sistemas de notificación son una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar. (Comision de Salud de Andalucía , 2009)



b) Percepción de seguridad.

Es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de la salud tiene acerca de la aplicación de la política de seguridad del paciente.

Es también definido como el conjunto de elementos intangibles, de carácter subjetivo, que de todas formas dan como resultado manifestaciones y resultados tangibles. (Chuquitapa, 2016)

La gestión de la seguridad del paciente comprende la identificación y priorización de riesgos, el diseño y aplicación de planes de mejora y la evaluación del resultado de su implantación. Siempre son de gran ayuda las aportaciones concretas que ofrecen diversas organizaciones significativas en el campo de la Seguridad del Paciente para priorizar las actuaciones de análisis y mejora en una institución en particular.

Estos organismos, ya sea de modo individual o en forma de alianzas entre ellos, establecen políticas que proporcionan recomendaciones:

De su revisión podemos establecer un conjunto de las políticas prioritarias relacionadas con la atención urgente:

Seguridad relacionada con la medicación

Las actuaciones en el ámbito de la seguridad relacionada con la medicación en los Servicios de Urgencias se centran actualmente en tres áreas: utilización de medicamentos, seguridad con los medicamentos de alto riesgo y conciliación de la medicación. (Sarango, 2010)

Las políticas de mejora son múltiples; con respecto a la medicación, el National Quality Fórum describe algunas prácticas de seguridad.

La primera categoría y la práctica que incluye se refieren a crear y mantener una cultura de seguridad en la institución, práctica que se considera fundamental para la mejora de la seguridad. Otra de las estrategias se centra en asegurar que la información crítica sobre el paciente y los medicamentos sea transmitida y registrada a tiempo, y de forma claramente comprensible para todos los profesionales sanitarios. (Ministerio de Sanidad y Consumo , 2008)

La utilización por enfermería de hojas de administración generadas por el sistema informático de farmacia y la entrega a los pacientes de información escrita sobre sus medicamentos es de suma importancia.

Dicho fórum de calidad también aconseja limitar al máximo las prescripciones verbales y establecer un procedimiento que reduzca los errores por esta causa. Además implementar un sistema de prescripción informatizada asistida a la incorporación de la prescripción electrónica y a la disponibilidad de alertas y ayudas a dicha prescripción. Así pues evitar el uso de abreviaturas, acrónimos, símbolos y expresiones de dosis, estableciendo una lista estandarizada de aquellas que no pueden usarse en la institución. (Ministerio de Sanidad y Consumo , 2008)

Asimismo se recomienda la existencia de unas normas y procedimientos explícitos en la institución para el manejo de los medicamentos de “alto riesgo” ;desde la identificación y conocimiento de los mismos; la existencia de protocolos ; el establecimiento de dosis máximas, la inclusión y mantenimiento de alertas de dosis máximas en los sistemas informáticos; la estandarización de las concentraciones de las soluciones para infusión ; el control de la administración de las soluciones inyectables; la educación al alta de los pacientes que utilizan estos medicamentos y el doble chequeo cuando se obtienen de las farmacias. (Ministerio de Sanidad y Consumo , 2008)

En el proceso asistencial, la prescripción de fármacos es la intervención más frecuente en los países subdesarrollados. La seguridad en el uso de los medicamentos abarca tanto las reacciones adversas a los medicamentos como los errores en la medicación, (Valencia, 2009) por lo tanto:

- La prescripción médica se debe realizar mediante sistemas informáticos evitando las transcripciones manuales y sus consecuencias como son los errores de interpretación.
- Implantar en los centros sanitarios sistemas de envasado, etiquetado y revisión de caducidades correctos.
- Atención especial para pacientes polimedicados y pacientes pluripatológicos con respecto a las recomendaciones de los procesos asistenciales.
- Formación sobre el modo más adecuado de administración de medicamentos.
- Contrastar la orden medica original con la hoja de Kardex.

Seguridad relacionada con la infección

La medida clave para minimizar el riesgo de infecciones es el lavado de manos, mediante la realización de talleres que impliquen a todo el personal de salud siguiendo las recomendaciones de la OMS; ya que según la OMS la higiene de las manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria. (OMS , 2012)

Estas son algunas de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes; y por tanto de la percepción que se pueda tener de esta.

Seguridad relacionada con la identificación

Existen muchas medidas para esta estrategia, así lo señala la OMS a través del documento de soluciones para la seguridad del paciente; por ejemplo hacer énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.

Así como fomentar el uso de al menos dos identificadores (por ej: nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de atención); o fomentar el etiquetado de los recipientes utilizados para muestra de sangre durante los procesos preanalíticos, analíticos y pos analíticos. (Joint Commission International , 2016)

De la misma manera un informe descrito en Andalucía recomienda estandarizar los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo: el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar.

O incorporar una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria. (Comision de Salud de Andalucia , 2009)

Seguridad relacionada con la prevención de riesgos específicos

Se incluyen la prevención de Eventos Adversos relacionados con los cuidados, con los procedimientos, con la valoración general y el diagnóstico.

Así pues el ministerio de sanidad y consumo de España recomienda la adopción de sistemas de trabajo capaces de identificar síntomas y/o signos de alarma previos a que la condición del paciente evolucione a un estado crítico y la instauración precoz de medidas adecuadas reducen la morbilidad. En los Servicios de Urgencia, la implantación de los sistemas de triaje ha sido el principal avance en los últimos años. (Ministerio de Sanidad y Consumo , 2008)

También, en un plano más específico, la implantación de guías de actuación para atención de patologías de alto impacto (código ictus, código IAM, código sepsis) en los Servicios de Urgencia ha reducido la morbilidad de las mismas al reducir las demoras diagnósticas y terapéuticas. (Sarango, 2010)

Asimismo la OPS recomienda la adopción de precauciones en el manejo de conexiones de catéteres y tubos así como en las inmovilizaciones de pacientes. Incluye la seguridad en técnicas específicas como sondajes, intervenciones quirúrgicas, inyección epidural, etc.

c) Expectativas y acciones de la dirección.

Perspectivas o lo que se espera que la gerencia y las diferentes coordinaciones hagan con respecto al tema de la seguridad del paciente. (Gallardo, 2014)

Lograr la excelencia en seguridad es un asunto sobre todo de creación de relaciones. Los líderes que obtienen los resultados más satisfactorios en la adopción de una cultura de seguridad son los que se basan en la confianza y la credibilidad entre los miembros de la organización, elementos que favorecen el compromiso con la visión de la misma. El modo en que los líderes se enfrentan cada día a los problemas y muestran su nivel de compromiso con la organización y con sus miembros influye en su credibilidad y en el nivel de confianza del que se hacen merecedores. (Gama, 2013)

Los responsables toman en consideración las sugerencias de las unidad/servicio que favorecen la seguridad y no pasan por alto los problemas de Seguridad del Paciente. (Arango, 2013)

Algunas de las estrategias que se recomiendan son :

- Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios.
- Modelo de acreditación centrado en la seguridad del paciente.
- Formación de grupos de análisis de problemas concretos de seguridad en cada centro.
- Incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de profesionales.
- Incorporar indicadores sobre seguridad a los contratos de gestión o similares que se puedan establecer.
- Constituir unidades específicas de gestión de riesgos en las instituciones.
- Elaborar e implantar una guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los eventos adversos.
- Fomentar sesiones clínicas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos bien sean resultados personales o de la organización.
- Programa nacional de sensibilización sobre seguridad y prevención de riesgos dirigido a los centros sanitarios.
- Fomentar grupos de formación-información-acción multisocial (profesionales, gestores y políticos) en niveles descendentes.
- Se implementarán mecanismos específicos de formación dirigidas a los distintos agentes sociales objetivamente implicados en la seguridad de los pacientes.
- Formación directiva y profesional para desarrollar un clima de seguridad.
- Sensibilización cultural de profesionales en prevención de riesgos
- Monitorización de los efectos adversos en los sistemas de información existentes.

d) Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.

Opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la que se realizan las labores en busca de minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente en un hospital. (Chuquitapa, 2016)

En consecuencia; el trabajo en equipo consiste en proporcionar una asistencia sanitaria segura depende de individuos altamente capacitados con roles y responsabilidades diferentes que actúan juntos en los mejores intereses del paciente (Cooper JB, 2012)

Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.

e) Dotación de personal:

Definida como la apreciación sobre la suficiencia del recurso humano respecto a la carga laboral y el volumen de pacientes que se atienden y su relación con las acciones de seguridad del paciente. (Gama, 2013)

Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente. (Gallardo, 2014).Desarrollar un plan de cuidados individualizados (en paciente ingresado o en domicilio) que haga referencia, al menos, a los siguientes aspectos relevantes para la seguridad del paciente:

- Prevención de caídas y lesiones asociadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Seguridad en la contención física de los pacientes que lo requieran.
- Prevención de la malnutrición y deshidratación, especialmente en pacientes ancianos.
- Prevención de la broncoaspiración.
- Asistencia segura al paciente frágil.

– Prevención y control del dolor en el adulto y en el niño, atendiendo a las necesidades y preferencias de los pacientes y sus cuidadores.

–Incluir en el plan de cuidados acciones para informar a los pacientes y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.

–Incluir en el plan de cuidados de la historia clínica y del informe de alta del paciente la evaluación de los riesgos del paciente, debido a su situación clínica, y la aplicación de los cuidados necesarios para su prevención y tratamiento. (Chuquitapa, 2016).

f) Problemas en cambios de turno y transiciones en el servicio.

Dificultades o inconvenientes que se observan en cuanto a la continuidad de la atención cuando hay cambios de turno o traslados de pacientes de un servicio a otro. (Cooper JB, 2012)

Son las situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad de lo habitual. Los ejemplos incluyen pacientes con el mismo apellido, ensayos de nuevos equipos y protocolos de investigación. La identificación de estas situaciones de alto riesgo y llevarlos a la atención de todos los miembros del personal al comienzo de cada turno disminuye la probabilidad de errores y eventos adversos (Gama, 2013)

Establecer estrategias para la adecuada gestión de los eventos adversos graves que asegure:

- Ofrecer a los pacientes y cuidadores que han sufrido un evento adverso grave Información a tiempo, clara, sincera y oportuna sobre lo que ha sucedido, así como un plan de apoyo a sus necesidades.
- Ofrecer apoyo a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso grave.
- Gestionar adecuadamente la transferencia de información a la organización y a los medios de comunicación con el fin de restablecer la confianza en la institución.
- Desarrollar acciones formativas para los profesionales y los gestores de los centros sanitarios sobre aspectos de atención a los pacientes y profesionales implicados en eventos adversos graves. (Arango, 2013)

2.2.5 Teórica de enfermería

Watson: El Cuidado Humanizado

El cuidar es el núcleo de la profesión enfermera; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservarlo dentro de nuestra práctica asistencial, gestora, de formación y/o de investigación. La teoría del Cuidado Humano de J. Watson es una de las claves para lograr este empeño.

Actualmente nos encontramos en un espacio de convivencia cada vez más diverso y plural. En el ámbito sanitario las redes adquieren complejidades a medida que van absorbiendo poblaciones de orígenes distintos con necesidades desiguales y donde el cuidado de la persona y la atención a sus necesidades pasan a ser acciones con un sentido complejo y fundamental, ligado a múltiples factores simbólicos individuales entrelazados, entre otros, con los culturales y los éticos, exponiendo a la persona a sufrir algún evento adverso en el proceso de atención, disminuyendo la calidad de atención . (García, 2015)

Por ello surge la necesidad de acercarse al ser humano y repensar las relaciones y los cuidados. El reto de la diferencia está transformando los modelos asistenciales.

La teoría de Watson surge, en parte, como respuesta a una observación de los continuos cambios producidos en las organizaciones sanitarias, con un enfoque excesivamente médico, técnico y, a su vez, económico, que va en detrimento de los valores del cuidado y de la Enfermería . Por tanto, considera que es necesario humanizar los cuidados núcleo de nuestra profesión ya de por sí sumergidos en un sistema de salud burocratizado, proporcionando un sistema de valores que contribuya a fomentar una profesión más social, moral y científica, y a la vez permita lograr un ambiente seguro para el paciente, siendo uno de los pilares principales de la calidad en la atención.

En la actualidad y en nuestro contexto, la teoría de Watson nos guía hacia una toma de conciencia de la esencia de nuestra profesión, el cuidado, y reformula su implementación en las diferentes áreas de actuación: asistencia, gestión, formación e investigación.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Accidente:** Es un evento que produce un daño a un sistema definido y que altera los resultados en curso o futuros del sistema. (Gallardo, 2014)
- **Alerta:** Estado que se declara, con anterioridad a la manifestación de un fenómeno peligroso, con el fin de que los organismos operativos de emergencia activen procedimientos de acción preestablecidos . (Arango, 2013)
- **Atención Segura:** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual. (Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente , 2008)
- **Daño:** Efecto adverso o grado de destrucción causado por un fenómeno sobre las personas, los bienes, sistemas de prestación de servicios y sistemas naturales o sociales. (Gama, 2013)
- **Error:** Acto de falta o descuido en el ejercicio de los profesionales de la salud que favorece al acaecimiento del evento adverso. (Arango, 2013)
- **Evento Adverso:** Complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente . (Ramos, 2016)
- **Evento Centinela:** Es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. (Gallardo, 2014)
- **Mala Praxis:** Incorrecta práctica clínica que genera un menoscabo en el paciente. (Brennan, 2014)
- **Negligencia:** Falta difícilmente disculpable, con origen en la indolencia, incuria, desidia, estudio escaso, falta de presteza, descuido o falla en el cuidado en la aplicación del juicio que se supone, debe tener el personal de la salud. (Gallardo, 2014)
- **Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de daño hacia el paciente. (Gutierrez, 2010)
- **Secuela:** Alteración transitoria o definitiva de la función física o mental luego de la ocurrencia de un evento adverso. (Arango, 2013)
- **Sistemas Abiertos:** En un sistema abierto ante la ocurrencia de un error médico no se buscan culpables, se buscan las explicaciones del hecho y se traducen en

aprendizajes institucionales tendientes a evitar nuevas incidencias. (Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente , 2008)

- Cultura de seguridad del paciente positiva: Es la asimilación de valores, buenas actitudes, conductas, percepciones, en la atención del paciente para disminuir todo tipo de daño. Tener una cultura de seguridad positiva es una fortaleza para el sistema de salud.
- Cultura de seguridad del paciente neutra: Se muestra como oportunidad de mejora que la gestión de los servicios deben llevar adelante para mejorar la percepción que tienen los profesionales de la seguridad de los pacientes.
- Cultura de seguridad del paciente negativo: Es la no asimilación de valores, actitudes, conductas, percepciones, en la atención del paciente para disminuir todo tipo de daño. Tener una cultura de seguridad negativa es una debilidad para el sistema de salud.

CAPITULO III: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

- a) La cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de emergencia y medicina del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD es negativa.
- b) La cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de emergencia y medicina del Hospital III José Cayetano Heredia –ESSALUD es positiva.

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO,NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Tipo de investigación: La investigación según su finalidad, responde a una investigación científica aplicada porque se pretende dar un aporte al Hospital III José Cayetano Heredia, sensibilizando al personal de enfermería, tanto el personal operativo como gerencial respecto a la Cultura de Seguridad del paciente. (Sampieri, 2006)

Nivel de investigación: Es descriptivo .Los estudios descriptivos consisten en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan: la realidad a estudiar es objetiva; en este caso se busca describir la cultura de seguridad del paciente que tienen las enfermeras de los servicios de emergencia y medicina. (sampieri, 2006)

Diseño de investigación: El diseño de la investigación es no experimental porque no hacemos variar en forma intencional la variable; transversal: se realizó en un determinado tiempo y espacio y Prospectivo: ya que se registró la información según fueron ocurriendo los hechos. (sampieri, 2006)

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 43 enfermeras que trabajan en los servicios de emergencia (30) y medicina (13) del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura. Se consideró que la población sea igual a la muestra.

El tipo de muestreo fue no probabilístico de conveniencia; intencionado ya que se tomaron todas las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia –ESSALUD Piura.

4.3. VARIABLE:

Cultura de Seguridad del Paciente.

Dentro de las dimensiones de Cultura de Seguridad del Paciente tenemos las siguientes:

- Eventos Adversos Notificados
- Percepción de seguridad

- Expectativas y Acciones de la Dirección
- Trabajo en equipo en el servicio
- Dotación de personal
- Problemas en cambio de turno

4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	CRITERIO DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICIÓN
Cultura de Seguridad del Paciente	Conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente. (Gallardo, 2014)	Conjunto de actitudes, comportamientos, aptitudes, objetivos que sirven para mantener a los pacientes seguros de sufrir eventos adversos.	Eventos Adversos Notificados	Positiva	$\geq 75\%$ de respuestas: “de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre a preguntas formuladas en positivo y en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente” a preguntas formuladas en negativo.
	Es un Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado			Neutra	$\geq 50\%$ de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo.
				Negativa	$\leq 50\%$ de respuestas:” de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre” a preguntas formuladas en positivo.
				Positiva	$\geq 75\%$ de respuestas: “de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre a preguntas formuladas en positivo y en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente” a preguntas formuladas en negativo.

	en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención. (Chuquitapa, 2016)		Percepción de Seguridad	Neutra	$\geq 50\%$ de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo.
				Negativa	$\leq 50\%$ de respuestas:” de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre” a preguntas formuladas en positivo.
			Expectativas y acciones de la dirección.	Positiva	$\geq 75\%$ de respuestas: “de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre a preguntas formuladas en positivo y en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente” a preguntas formuladas en negativo.
				Neutra	$\geq 50\%$ de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo.
				Negativa	$\leq 50\%$ de respuestas:” de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre” a preguntas formuladas en positivo.
				Positiva	$\geq 75\%$ de respuestas: “de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre a preguntas formuladas en positivo y en desacuerdo/muy en

			Trabajo en equipo en el Servicio	Neutra	desacuerdo” o “nunca/raramente” a preguntas formuladas en negativo. ≥ 50% de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo.
				Negativa	≤ 50% de respuestas:” de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre” a preguntas formuladas en positivo.
			Dotacion del personal	Positiva	≥ 75% de respuestas: “de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre a preguntas formuladas en positivo y en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente” a preguntas formuladas en negativo.
				Neutra	≥ 50% de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo.
				Negativa	≤ 50% de respuestas:” de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre” a preguntas

					formuladas en positivo.
			Problemas en cambio de turno.	Positiva	≥ 75% de respuestas: “de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre a preguntas formuladas en positivo y en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente” a preguntas formuladas en negativo.
				Neutra	≥ 50% de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo.
				Negativa	≤ 50% de respuestas:” de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre” a preguntas formuladas en positivo.

4.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Técnica

La técnica a emplearse es la encuesta que se realizará a las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD- Piura.

b) Instrumento

El instrumento es el cuestionario: Cultura sobre Seguridad de los Pacientes; Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. El instrumento ha sido validada por la Agency for Health Care Research and Quality de EE.UU. Consta de las siguientes partes: Primero se encuentra la presentación; la segunda parte contiene el desarrollo en si del instrumento, empezando por las instrucciones y finalmente el agradecimiento. El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis global por dimensiones, reinvierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis.

De forma general las respuestas del cuestionario se re codifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutro	Positivo	
Muy en desacuerdo/ Nunca	En desacuerdo/ Raramente	Ni de acuerdo ni en desacuerdo/A veces	Muy de acuerdo /Casi siempre.	De acuerdo/ Siempre

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se re calculan aplicando la siguiente fórmula:

Σ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión /Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión .

Para clasificar un ítem o una dimensión como **positiva** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.

$\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **neutra (oportunidad de mejora)** se emplean los siguientes criterios alternativos:

$\geq 50\%$ de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **negativa** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\leq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre”) a preguntas formuladas en positivo.

Los ítems que corresponden a las dimensiones evaluadas son:

Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados: 20,21 y 22.

Dimensión 2: Percepción de seguridad del paciente: 7,10,11

Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección: 12,13,14,15

Dimensión 4: Trabajo en equipo: 1,3,4,8

Dimensión 5: Dotación de personal: 2,5,6,9

Dimensión 6: Problemas en cambio de turno: 16,17,18,19

Consistencia interna de las dimensiones del cuestionario

La consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión en español, calculando el α de Cronbach, se presenta a continuación. En todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño y dado que el α de Cronbach tiende a aumentar con el número de ítems considerados.

Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario: Dimensión Alfa de Cronbach

Notificación de eventos relacionados con la seguridad	0.88
Percepción global de seguridad	0.65
Expectativas y acciones de la dirección	0.84
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0.82
Respuesta no punitiva a los errores	0.65
Dotación de personal	0.64
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.74

- > 0.6 : Aceptable
- >0,7:buena
- > 0.8: excelente

4.6. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La aplicación del cuestionario demandó aproximadamente quince minutos por enfermera.

El proceso de la recolección de datos se inició con la presentación de la autora del estudio, se brindó información sobre el motivo del estudio y se solicitó el consentimiento informado.

Una vez recolectados los datos estos fueron procesados a través del programa Microsoft Excel asimismo los gráficos estadísticos fueron elaborados utilizando el mismo programa. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, para la presentación de los resultados, se utilizó tablas y gráficos en función de los objetivos de la investigación.

4.7. ASPECTOS ETICOS

En esta investigación se tendrán en cuenta los principios éticos:

Justicia: Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.). Todos los participantes serán considerados sin discriminación, respetando las respuestas y el anonimato.

No maleficencia: Abstenerse intencionadamente de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a otros.

Así pues los resultados del estudio permitirán que se tome conciencia respecto a la seguridad del paciente para disminuir los efectos adversos que este pudiese sufrir durante su estancia hospitalaria.

Beneficencia: Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. En todo momento se tendrá en cuenta este principio actuando en bien del paciente.

Autonomía: Expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones; en el ámbito de salud el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio; constituyendo un derecho del paciente y un deber del personal de salud. Por ello se tendrá en cuenta el consentimiento informado de las enfermeras participantes de la investigación.

CAPITULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

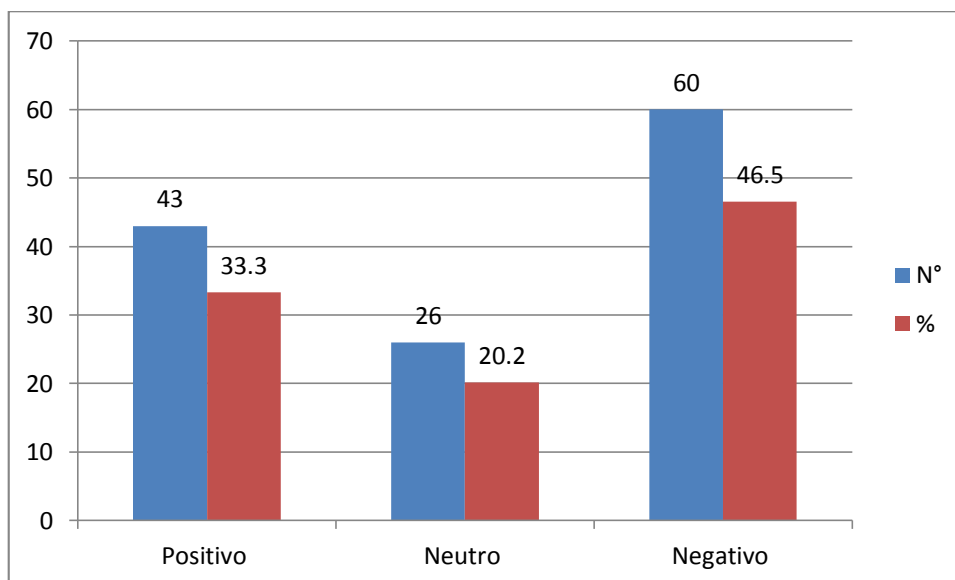
5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Tabla N° 1: Percepción de enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según eventos adversos notificados: Dimensión 1.

Eventos Adversos Notificados	N°	%
Positivo	43	33.3
Neutro	26	20.2
Negativo	60	46.5
Total	129	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N° 1: Percepción de enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según eventos adversos notificados: Dimensión 1.



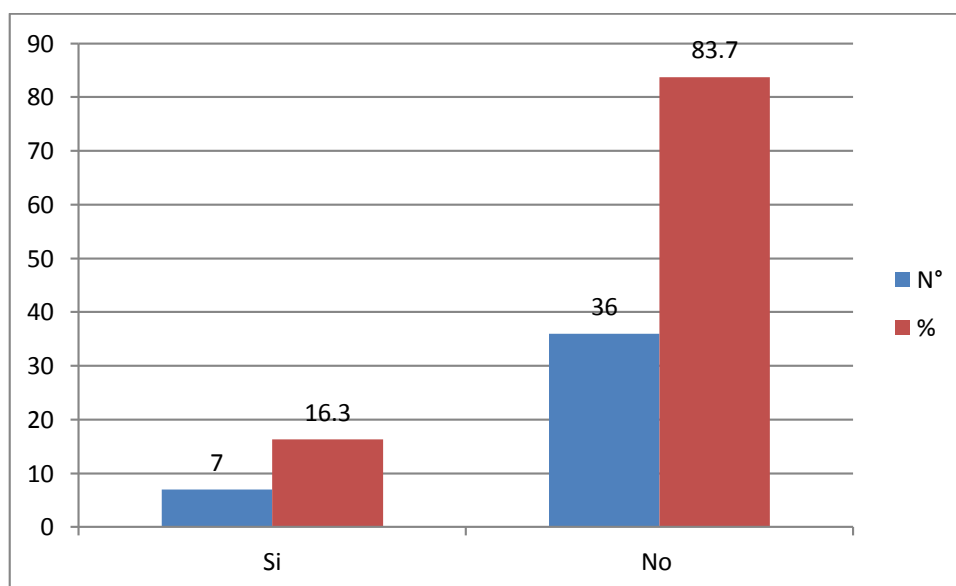
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N°2: Notificación de Eventos Adversos por enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia.

Notificación de Eventos Adversos	N°	%
Si	7	16.3
No	36	83.7
TOTAL	43	100.0

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N° 2: Notificación de Eventos Adversos por enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia.



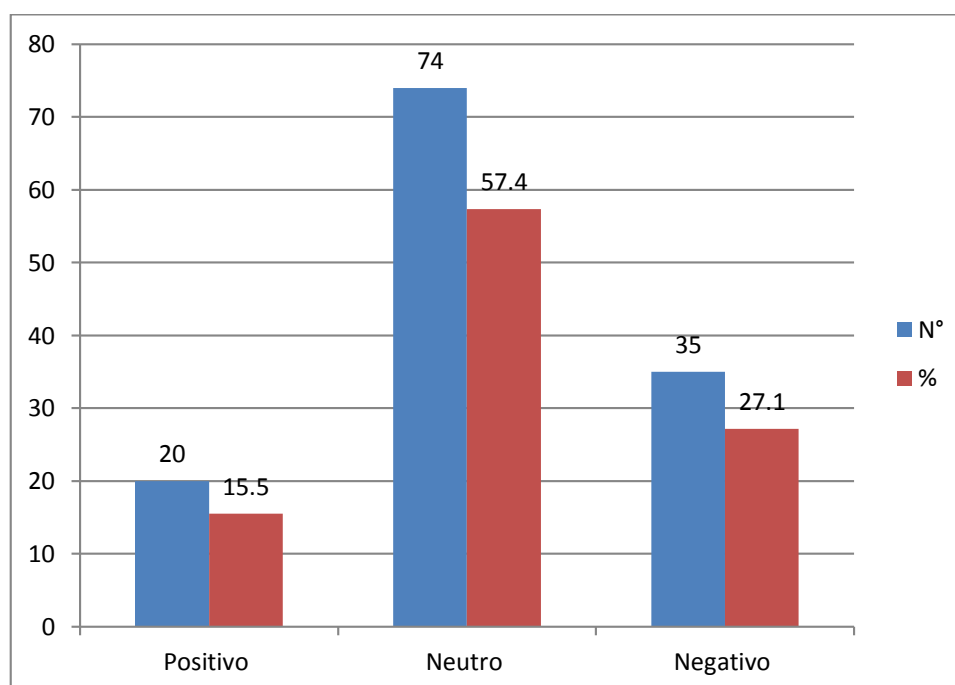
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N° 3: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según percepción de seguridad: Dimensión 2

Percepción de seguridad	N°	%
Positivo	20	15.5
Neutro	74	57.4
Negativo	35	27.1
Total	129	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N° 3: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según percepción de seguridad: Dimensión 2



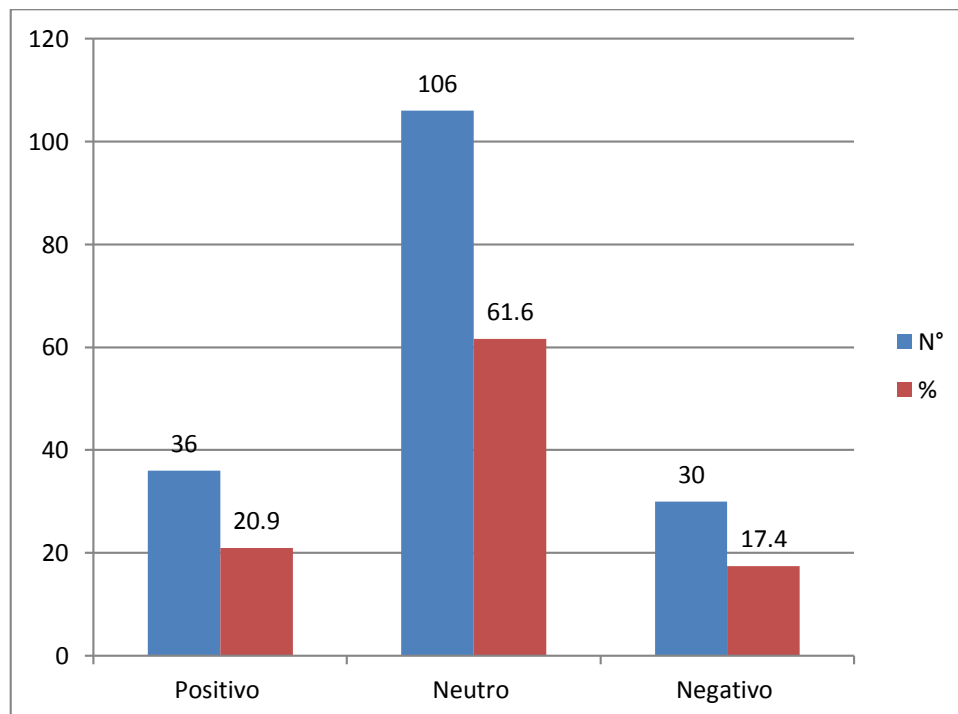
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Tabla N° 4: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según las expectativas y acciones de la dirección: Dimensión 3.

Expectativas y Acciones de la Dirección	N°	%
Positivo	36	20.9
Neutro	106	61.6
Negativo	30	17.4
Total	172	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N° 4: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según las expectativas y acciones de la dirección: Dimensión 3.



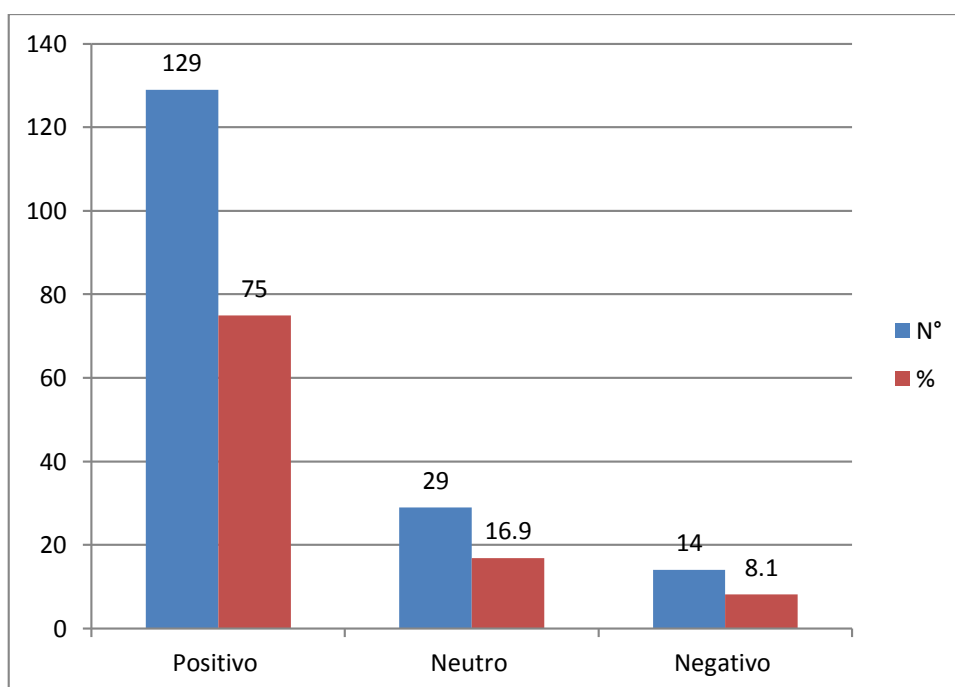
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N° 5: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según el trabajo en equipo en el servicio: Dimensión 4

Trabajo en Equipo en el Servicio	N°	%
Positivo	129	75
Neutro	29	16.9
Negativo	14	8.1
Total	172	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N° 5: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según el trabajo en equipo en el servicio: Dimensión 4.



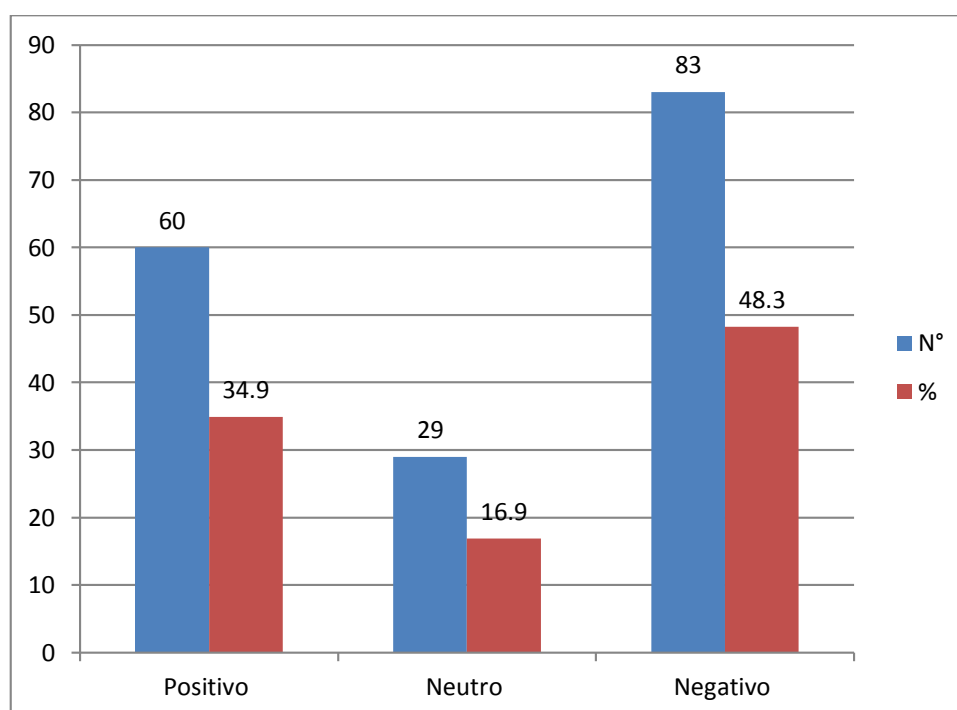
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N° 6: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según dotación de personal: Dimensión 5

Dotación del Personal	N°	%
Positivo	60	34.9
Neutro	29	16.9
Negativo	83	48.3
Total	172	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N°6: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según dotación de personal: Dimensión 5



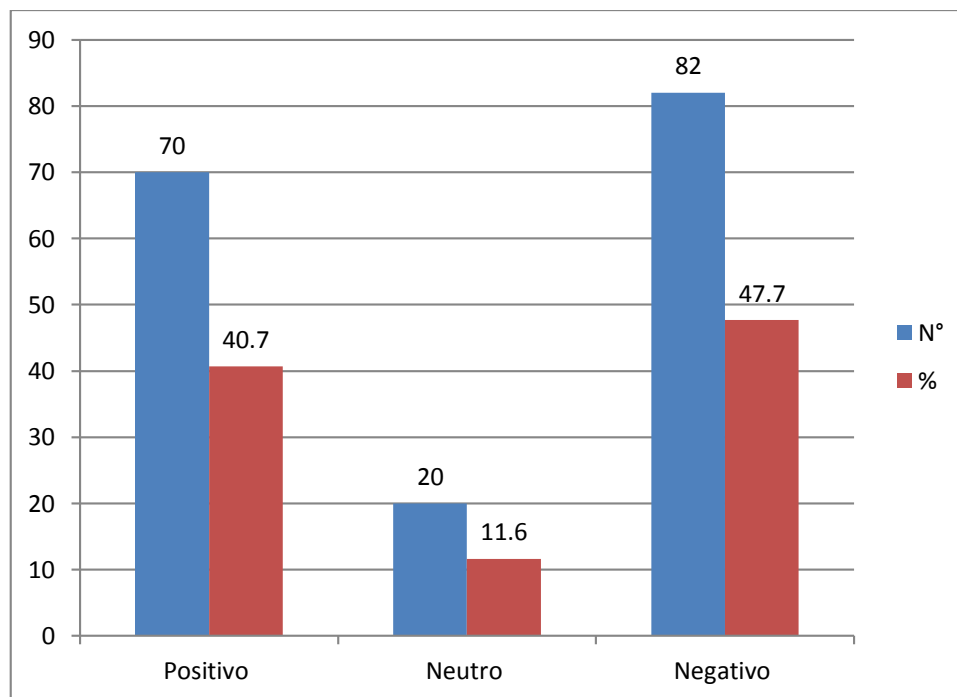
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N°7: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según los problemas en cambio de turno: Dimensión 6

Problemas en cambio de turno	N°	%
Positivo	70	40.7
Neutro	20	11.6
Negativo	82	47.7
Total	172	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N° 7: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según los problemas en cambio de turno: Dimensión 6



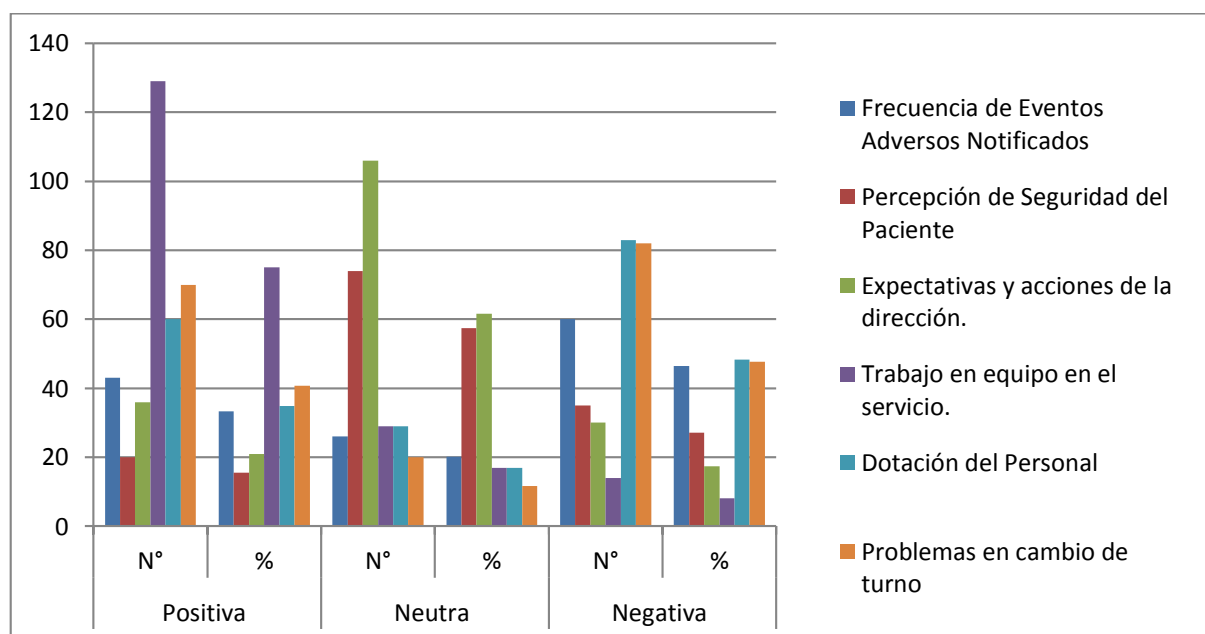
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N°8: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente.

Dimensiones	Positiva		Neutra		Negativa		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Eventos Adversos Notificados	43	33.3	26	20.2	60	46.5	129	100
Percepción de Seguridad del Paciente	20	15.5	74	57.4	35	27.1	129	100
Expectativas y acciones de la dirección.	36	20.9	106	61.6	30	17.4	172	100
Trabajo en equipo en el servicio.	129	75.0	29	16.9	14	8.1	172	100
Dotación del Personal	60	34.9	29	16.9	83	48.3	172	100
Problemas en cambio de turno	70	40.7	20	11.6	82	47.7	172	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N°8: Percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente.



Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety.

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Respecto a la percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según la dimensión de los eventos adversos notificados tal como se aprecia en la tabla y grafico 1; el 46,5% corresponde a una cultura de seguridad del paciente negativo; el 33,3% a una cultura positiva y el 20,2% a una cultura neutra. Asimismo, tal cual se muestra en la tabla y grafico 2; el 16,3% de la población encuestada notifica eventos adversos, mientras que el 83,7% no lo hace.

Respecto a la percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según la dimensión de percepción de seguridad; tal como se muestra en la tabla y grafico 2; la categoría más predominante es una cultura de seguridad neutra alcanzando un 57,4%; seguido de 27,1% de cultura negativa y un 15,5 % de una cultura positiva.

Respecto a la percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según la dimensión de las expectativas y acciones de la Dirección; tal como se muestra en la tabla y grafico 3; la categoría de seguridad del paciente neutra alcanza un 61,6 %; seguido de una cultura positiva con 20,9% y 17,4% a una cultura de seguridad del paciente negativa.

Respecto a la percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según la dimensión de trabajo en equipo en el servicio; tal como se muestra en la tabla y grafico 4; corresponde a una cultura positiva el 75% de respuestas, asimismo el 16,9 % corresponde a la categoría neutra y el 8,1 % a una cultura de seguridad del paciente negativa.

Respecto a la percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según la dimensión: Dotación de personal; tal como se muestra en la tabla y grafico 5; el 48,3% corresponde a una cultura de seguridad del paciente negativa; asimismo la categoría positiva alcanzó el 34.9% y el 16,9% corresponde a una cultura de seguridad del paciente neutra.

Respecto a la percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia según la dimensión: Problemas en cambio de turno; tal como se muestra en la tabla y grafico 6 el porcentaje predominante corresponde a una cultura de seguridad negativa con 47,7% mientras que la categoría positiva corresponde el 40,7% y a una cultura de seguridad neutra el 11.6%

CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La seguridad del paciente es un problema de salud pública; es un aspecto importante y uno de los principios fundamentales al brindar una atención sanitaria de calidad.

La OMS; en su lucha para lograr la seguridad de los pacientes promovió la creación de La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; dicha alianza tiene el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

Una de las mayores estrategias planteadas no solo por la OMS, sino también por otras organizaciones afines es construir una cultura de seguridad del paciente en todos los que integran el equipo de salud; ya que una buena cultura de seguridad del paciente es clave para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar su repetición.

Los profesionales de enfermería están involucrados en este ramo por ser una categoría profesional que corresponde a mayor porcentaje de profesionales en el servicio y por desempeñar acciones de cuidado, tanto directo como indirecto, que pueden estar asociadas a la presencia de riesgos para la salud.

Desde esta perspectiva el presente trabajo tuvo como objetivo general determinar la cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia; para ello se trabajó con 43 enfermeras, que cumplieron con los criterios de inclusión, en quienes se aplicó el instrumento para la recolección de información, y cuyos resultados se presentan a continuación, acorde a los objetivos planteados.

Para el primer objetivo específico: Determinar la cultura de seguridad del paciente según la frecuencia de eventos adversos notificados por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia, se presenta que existe una cultura de seguridad del paciente negativa con un 46,5%; además el 83,7% no notifica los eventos adversos que puedan ocurrir en los servicios.

Los resultados son similares a Castillo D, quien encontró en su estudio que menos del 50% del personal de enfermería notifican los errores identificados que colocan en riesgo la atención del Paciente.

Así mismo los resultados obtenidos por Martínez V, muestran que solo el 10% notifica eventos adversos en un hospital de alta complejidad. La frecuencia de eventos notificados no solo comprende el grado en que se notifican los errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, sino también errores sin daño potencial y errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron.

Así pues, se puede afirmar que las enfermeras no han asimilado la trascendencia que tiene la notificación, inclusive en el hospital de estudio los datos brindados por la oficina de epidemiología no concuerdan con la notificación de eventos adversos brindados por la oficina de calidad, la diferencia es muy amplia; es un claro ejemplo que la cultura de seguridad es negativa respecto a esta dimensión ;dicha situación es preocupante ya que a medida que no se reporta, se tiene mayor probabilidad de seguir cometiendo los mismos errores sin poder corregirlos a tiempo.

El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado sino que están también relacionados con el sistema en que las personas están trabajando.

Entre las diversas teorías que se han formulado para explicar el porqué de los accidentes, destaca la de Reason que propone la existencia de factores latentes en las organizaciones, que al coincidir en un momento dado, pueden producir los accidentes y consigo el daño; en este caso de los pacientes.(Chuquitapa,2016)

Frente a ello se debe tener en cuenta que al presentarse un error se necesita un análisis de los mismos, una comunicación efectiva en conjunto , y una adecuada notificación, de esa manera se desarrollara un aprendizaje significativo que proponga acciones de mejora, así los errores no se repetirán.Es necesario seguir estableciendo estrategias que permitan una mejora continua sobre la seguridad del paciente.

Respecto al segundo objetivo: Determinar la cultura de seguridad del paciente según la percepción de seguridad por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia; se obtuvo como resultado que el 57,4% tiene una cultura de seguridad del paciente neutra.

Asimismo coincide con los resultados encontrados en el estudio de Espinoza, Yumi en el cual el 95,1% (78 enfermeros) tuvieron nivel de percepción media el equivalente a una percepción neutra sobre la cultura de seguridad del paciente y 4,9% nivel de percepción alta. (Ramos, 2016)

En la investigación de Concepción Meléndez Méndez, Rosalinda Garza Hernández, J. Fernanda González Salinas se obtuvo como resultado que el personal percibe una cultura neutra; es decir que aún hay deficiencias a la hora de prevenir errores en cuanto a la seguridad del paciente. Pero empieza a ser consciente que la carga laboral no debe exponer a actos inseguros al paciente.

La Percepción de la cultura de seguridad del paciente como una cultura neutra involucra una clara oportunidad de mejora; se tienen en cuenta dos puntos de vista uno de ellos es una cultura positiva la cual implica el grado en que los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de seguridad del paciente o son mínimos, por ello es importante que se incluyan estrategias para que el personal tenga una cultura fuerte respecto a la percepción de seguridad, y el otro punto es que si se encuentra débil, esta constituya una oportunidad de mejora. Según estos resultados falta tomar conciencia de lo importante que es brindar una atención segura pero se encuentra en proceso.

Respecto al tercer objetivo: Determinar la cultura de seguridad del paciente según las Expectativas y acciones de la dirección por enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia se obtuvo como resultado que el 61,6% de respuestas fueron neutrales.

Asimismo en la investigación de Martínez R, se destaca que el 42.2% del personal no se mostró de acuerdo en que las acciones de la dirección favorezcan la seguridad del paciente; sin embargo la dirección tuvo una gran oportunidad para mejorar sus acciones y trabajar para lograr una cultura positiva en su personal.

Según el estudio de Solis, D. más del 50% del personal percibe que los responsables no toman en consideración las sugerencias encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, ni estimulan que estos sigan procedimientos seguros y pasan por alto los problemas de seguridad del paciente.

Por otro lado, Hellings, Klazinga y Vleugels tuvieron como resultados neutros la dimensión en cuestión con el 85% considerando tres aspectos importantes: el aprendizaje organizacional, en el que participan todos los elementos de una institución que trabaja de forma colectiva teniendo como resultado final la seguridad. Así también, la suficiencia y disponibilidad de personal, constituye el contingente de personal que tiene una organización de salud para la realización de sus actividades. Y por último el apoyo de la dirección, se hace patente en las acciones de los dirigentes, en el entorno de trabajo y en los comportamientos de sus miembros, de tal manera que se establezca una mentalidad receptiva a la seguridad y que se apliquen por tanto prácticas de trabajo más seguras.

En el Hospital de estudio las expectativas y acciones de la dirección no favorece completamente un clima de trabajo que promueva la Seguridad del Paciente, sin embargo si se están tomando medidas para que esta sea vista como una prioridad; desde el mes de diciembre se ha implementado como una de las principales estrategias la notificación bajo un sistema, que permitirá no solo a la dirección también a todo el personal; trabajar en las fallas para que no se repitan. La gestión debe mostrar una mentalidad receptiva en la seguridad para que se apliquen prácticas laborales más seguras.

Respecto al cuarto objetivo específico: Determinar la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia se obtuvo como resultado que el 75% de respuestas fueron positivas, considerándose una cultura positiva respecto a esta dimensión.

Resultados similares se encontraron en el estudio de Chuquitapa V. se observó que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, respecto al “Trabajo en equipo dentro del área o servicio” se aprecia una cultura fuerte con el 53.3%(24), mientras que el 46.7%(21) denota una cultura débil. Así pues según Solís D. el personal percibe que en el servicio hay apoyo mutuo, trato con respeto y trabajo en equipo lo cual favorece a la seguridad del paciente.

Según la investigación de Reyes C. el apoyo mutuo entre los compañeros de trabajo, se puede considerar como otra fortaleza, dado en general el 74% de los encuestados tuvo una valoración positiva al respecto. El 78.9% del total de los encuestados, expresa que hay apoyo mutuo. Además aspectos como la colaboración en el equipo cuando hay mucho

trabajo a nivel grupal o individual, obtuvieron valoraciones buenas (73.4% y 61,7% respectivamente).

El trabajo en equipo en los profesionales de la salud específicamente del área de enfermería requiere del desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y un entorno más coherente entre los miembros del equipo, y en la creación de una atmósfera y un clima de trabajo en la que todo el personal se siente cómodo hablando cuando creen que existe un problema y así puedan resolver errores de una manera imparcial para reflexionar y proporcionar información, sobre todo después de los incidentes críticos, tener una comunicación asertiva y brindarse el apoyo necesario es de suma importancia para lograr en equipo la seguridad del paciente. El resultado obtenido denota la asimilación de una cultura positiva respecto a trabajar en equipo dentro de los servicios.

Respecto al quinto objetivo específico: Determinar la cultura de seguridad del paciente según la dotación de personal por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia se obtuvo como resultado que el 48,3% corresponde a respuestas negativas, lo cual sugiere una cultura de seguridad del paciente negativa.

Según la investigación de Reyes más del 50% del personal percibe que no se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo, asimismo que los horarios no son los adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente. (Reyes, 2013)

En una investigación descrita por Gómez ,O; Soto,A. y Arenas, J; se obtuvo como resultado que esta dimensión se constituye en una situación de riesgo institucional, si se tiene en cuenta que un porcentaje importante de la muestra, es decir, el 47% asegura que la dotación del personal es inadecuada.

Siendo más específicos, el 51,9%, siente que hay sobrecarga laboral, razón por la que muchos 53.9% piensan que no se le brinda una mejor atención a los pacientes. El 64.2% opina que estas falencias en la atención no se deben al personal en entrenamiento, sino porque, según el 42,4% de los encuestados, se trabaja bajo presión (Gutierrez, 2010).

Se coincide también con el estudio de Roqueta,F. ya que se obtiene como resultado que una de las dimensiones peor valoradas por el personal de enfermería de servicios de urgencia fue “dotación de personal”, con un 57%.

Así pues se entiende por dotación de personal si se dispone del personal de enfermería suficiente para la carga laboral que existe en el hospital, es un proceso integrado para determinar el número y categorías de personal de enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de atención a una población específica de usuarios. Consiste en proveer para las 24 horas del día los 365 días del año el personal necesario tanto en cantidad como en Calidad para poder satisfacer con efectividad las necesidades de atención de enfermería a los pacientes en los diferentes servicios.

Según la OMS el ratio enfermera / paciente es de cinco a seis pacientes por enfermera en el caso de pacientes con edad menor de 80 años y con un grado de dependencia entre 1 y 2; recomiendan que para ambientes como UCI,UCIN el ratio enfermera /paciente sea de 3 a 4 pacientes por enfermera (OMS , 2012); es trascendental tener en cuenta el grado de dependencia de los pacientes así como otros factores; entre los cuales tenemos: la jornada laboral, el número de camas, el índice de atención ;entre otros; y así poder tener el número suficiente de enfermeras que puedan brindar una atención, pero que esta sea de calidad teniendo en cuenta la seguridad del paciente. La percepción que se tiene es negativa, no existe un buen balance entre el número de pacientes y el número de personal, poniendo en riesgo la seguridad del paciente en diversos aspectos.

Respecto al sexto objetivo: Determinar la cultura de seguridad del paciente según los problemas en cambio de turno por las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia se obtuvo como resultado una cultura negativa correspondiendo el 47,7% a respuestas negativas.

Similares son los resultados encontrados en la investigación de Castillo, D; en la que se obtuvo como resultado que existe la percepción de que se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.

El Ministerio de Sanidad y Consumo llevó a cabo un estudio en el cual como principales resultados se obtuvo que en relación con las debilidades, se centran sobre todo en la dimensión “Problemas en cambio de turno ” y “Percepción de seguridad” (acumulan más del 50% de todas las respuestas con carácter negativo).

En el estudio de Reyes se observa que un importante 33.8% de los participantes en el estudio opina que buena parte de la información del paciente no se comunica de manera asertiva cuando hay necesidad de trasladarlo de un servicio a otro; lo que hace que 29.3% manifieste que en este proceso se pierden datos valiosos para su atención, y que un 32.1%

encuentre problemático el intercambio de información, trayendo como consecuencia problemas de atención.

Es decir, que el 49.7%, opina que existen problemas de comunicación durante las entregas de turno y traslados de pacientes.

Según la Dirección General de Calidad y Educación en Salud existe un protocolo para el cumplimiento de las seis metas internacionales propuestas para el logro de la seguridad del paciente; entre ellas se encuentra; mejorar la comunicación efectiva ,meta que involucra las comunicaciones más propensas al error, y utiliza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar en la comunicación verbal de indicaciones y/o en situaciones de urgencia que se pueden dar durante los procesos asistenciales en las áreas de hospitalización, urgencias, terapia Intensiva, quemados y quirófano; así como en la transferencia de pacientes ;el cual es definido como el intercambio de información entre profesionales de la salud sobre un paciente que se acompaña de un cambio en el control o responsabilidad en las decisiones de su atención; y en donde muchas veces se presentan errores por distintos factores; entre estos errores tenemos: Errores diagnósticos o tratamientos; errores de medicación; errores en procedimientos; extensión de internaciones ;reingresos; insatisfacción del usuario y desmotivación del personal. (Salud D. G., 2016)

Básicamente existe la necesidad de mejorar la coordinación y la comunicación entre unidades y servicios para que no se pierda información relevante, de esa manera no habrían confusiones y se tornaría más seguro para el paciente sea en la unidad que este se encuentre.

Teniendo en cuenta que aquellas situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad; así pues al entregar el reporte de enfermería según el protocolo una de las políticas que debe de ponerse en práctica es que la comunicación ya sea oral o escrita debe ser efectiva, precisa, oportuna, completa, y comprensible por quien la recibe. Sin embargo aún no se tiene esta cultura, se reportan en muchos de los casos datos no relevantes omitiendo la información importante exponiéndolos de esa manera a actos inseguros.

A lo largo de los datos presentados sobre la cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia; se observa que de las seis dimensiones estudiadas; tres de ellas se perciben como negativas: la frecuencia de

eventos adversos notificados (46,5%);dotación de personal (48,3%) y problemas en cambio de turno (47,7%);dos de ellas se presentan como neutras :percepción de seguridad(57,4%) y expectativas y acciones de la dirección(61,6%),y solo una se muestra como positiva: trabajo en equipo en el servicio (75%).

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

- En la dimensión número uno: Frecuencia de Eventos Adversos Notificados se concluye que el 83.7% de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia no notifican y el 46,5% de la población encuestada presenta una cultura de seguridad del paciente negativa.
- En la dimensión número dos: Percepción de Seguridad se concluye que el 57.4% de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia presentan una cultura de seguridad del paciente neutra.
- En la dimensión número tres: Expectativas y Acciones de la Dirección se concluye que el 61,6% de la población encuestada presenta una cultura de seguridad del paciente neutro .
- En la dimensión número cuatro: Trabajo en Equipo en el servicio se concluye que el 75% de la población encuestada presenta una cultura de seguridad positiva.
- En la dimensión número cinco: Dotación de Personal se concluye que el 48,3% de la población encuestada presenta una cultura de seguridad del paciente negativo .
- En la dimensión número seis: Problemas en cambio de turno se concluye que el 47,7% de la población encuestada presenta una cultura de seguridad del paciente negativa .

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

- A todo el personal de salud incluyendo la parte operativa como la de gestión del Hospital III José Cayetano Heredia: Fomentar la notificación interna y se tome conciencia de la importancia del uso del sistema de notificación implementado recientemente y se empiece a asimilar una Cultura de Seguridad.
- A la Dirección y Jefatura de Enfermería: Sensibilizar con respecto a la creación de una Cultura de Seguridad del Paciente que permita brindar una atención de calidad, involucrando al personal de salud en jornadas de concientización y capacitación sobre dicho indicador.
- A la Unidad de calidad: Formar un grupo integrando a todos los miembros del equipo de salud a cargo del desarrollo de una cultura de seguridad del Paciente en todo el entorno y de una cultura de reporte de eventos adversos para el análisis de las fallas y el logro de un aprendizaje efectivo y en conjunto.
- A la Jefatura de Enfermería y Dirección del Hospital III José Cayetano Heredia: Gestionar que la cantidad de personal en una sección sea la suficiente para ofrecer atención de calidad.
- Al personal de enfermería del Hospital III José Cayetano Heredia: Mejorar la comunicación efectiva en el equipo de salud, en lo que respecta a la transferencias de pacientes y/o reporte de enfermería para evitar errores en la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Nacional para Seguridad del Paciente :Siete pasos para la Seguridad del paciente,2007. Madrid. Recuperado de : http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/segpac/la_seguridad_del_paciente_en_7_pasos.pdf.Fecha de acceso:10 de junio.
- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía,2008. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf .Fecha de acceso:10 de junio.
- Arango, P. A. (2013). Evaluacion de la Cultura de Seguridad del Paciente en un Hospital de Antioquia.(Tesis de maestria, Universidad CES.Medellin).Recuperado de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf..Fecha de acceso:10 de junio.
- Brennan, T. A. (2014). Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*(324).Fecha de acceso:3 junio.
- Chuquitapa, V. L. (2016). Cultura de Seguridad del Paciente en enfermeras del Servicio de Cenro Quirurgico y Recuperacion del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. (Tesis de Especialidad,Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5301/1/Martinez_chv.pdf.Fecha de acceso:3 junio.
- Comision de Salud de Andalucia . (2009). *Estrategia para la seguridad del paciente* . Andalucia .
- Cooper,J(2015).Research and development in patient safety.Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/00b4/a49217a4b2a97fdb3a5fb360e6b923540631.pdf>
- Bañares,J.,& Cavero,E.(2015).Sistemas de Registro y Notificacion de incidentes y eventos adversos.España:Ministerio de Sanidad y Consumo. Cooper JB, G. D. (2012) . research and development in patient safety. *MedGenMed*..Fecha de acceso:3 de junio.
- Gallardo, C. M. (2014).Relacion entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Medico Naval. Lima .Perú. (Tesis de maestria,Universidad Nacional Mayor de San Marcos).Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3678/1/Alvarado_gc.pdf.Fecha de acceso :4 mayo .

- Gama, Z., Catarina de Souza, Adriana & Saturno, P. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados a una red de hospitales públicos . Lima-Perú. (3), 283-293. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf>. Fecha de acceso: 5 junio
- García, I. F. (2015). Teoría del Cuidado Humano. (1), 4. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Montse_Guillaumet/publication/216704707_Teoria_del_cuidado_humano_Un_cafe_con_Watson/links/550be4de0cf28556409770dd/Teoria-del-cuidado-humano-Un-cafe-con-Watson.pdf
- Gluck, P. (2012). Seguridad del Paciente 112 (2), 49-59. Recuperado de http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012_GluckCES_Translation.pdf. Fecha de acceso: 3 junio
- Gutierrez, W. A. (2010). Cultura de Seguridad del Paciente del Personal de Enfermería en Instituciones de II Nivel en Bogotá. (Tesis para licenciatura, Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8606/1/535656.2010.pdf>. Fecha de acceso: 3 junio.
- Joint Commission International : Identificación del Paciente, 2016. Suiza. Recuperado de : <http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/11/Identificaciondepacientes.pdf>. Fecha de acceso: 3 junio
- Meléndez, M. (2014). Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico . *CUIDARTE*, vol 5 (2) doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.92> . Fecha de acceso: 10 julio.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: *Evaluación de la Seguridad de los Sistemas de Utilización de los medicamentos en Hospitales Españoles*, (2008). España. recuperado de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>. Fecha de acceso: 8 de julio.
- Ministerio de Sanidad y Consumo . España . *Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la Hospitalización* . (2006). Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf. Fecha de acceso: 7 de julio .
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes . (2005). Recuperado de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
- Ministerio de sanidad, política e igualdad en salud: Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria, 2011. Madrid. Recuperado de

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>. Fecha de acceso: 23 junio

Ministerio de Salud. Perú. Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. (2008). Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/SegPac/NTS_Seguridad_del_Paciente_Final.pdf.

OMS: Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños, 2007. Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>. Fecha de acceso: 10 junio.

OMS: Higiene de las manos; 2012. Suiza. Recuperado de http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf. Fecha de acceso: 11 de junio

Organización Mundial de Salud IBEAS: *Red pionera en la Seguridad del Paciente en Latinoamérica, 2010*. Ginebra-Suiza.

Paul A. Gluck. (2012). Seguridad del paciente: Nuevos retos. *Obstetricia y Ginecología*, vol 1, pag 120.

Ramírez, O. J. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Nursing*, 363-374.

Ramos, Y. E. (2014). Cultura de Seguridad del paciente por profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huanuco. Huanuco -Perú. (tesis de licenciatura, Universidad de Huanuco). Recuperado de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/306/ESPINOZA%20RAMOS%2c%20YUMI%20IRIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Fecha de acceso: 15 junio

Reyes, C. M. (2013). Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente aplicada en la Clínica Las Américas. (tesis de maestría, Universidad de Murcia) Recuperado de http://www.um.es/calidadsalud/archivos/2013/TFM_MARTINEZ%20REYES.pdf. Fecha de acceso: 20 junio.

Sampier, I. R. H. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). (McGraw-Hill, Ed.) México: Interamericana.

Sarango, T. (2010). La Seguridad del Paciente en Urgencia y Emergencia. *Sistema Sanitario de Navarra*, 131.

Solis, D. C. (2014). Cultura de Seguridad del paciente del Personal de Enfermería en Instituciones de III Nivel en Bogotá. (tesis de licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia). Recuperado en

<http://www.bdigital.unal.edu.co/8606/1/535656.2010.pdf>.Fecha de acceso :5 de julio

Torres, I. M. (2011).Gestion de Seguridad del Paciente:Participacion de Enfermería.(Tesis de maestria ,Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3468/Documento_completo.pdf?sequence=1.Fecha de acceso:20 julio.

Valencia, D. M. (2008). Seguridad del paciente en la prestacion de Servicios de Salud de primer nivel de Atencion.(tesis de maestria ,Univerisdad de Antioquia) Recuperado de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf>.Fecha de acceso :15 de junio

Vecina, D. S. (2010). La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *Scielo* , 33(1).Fecha de Acceso:24 d e junio.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud.(2016).Metas Internacionales sobre Seguridad del Paciente.Recuperado de: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_03.html.Fecha de acceso:14 marzo.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD-Piura-Febrero 2018 ”, habiendo sido informada (o) del propósito de la misma; así como de los objetivos por la alumna Ana Aguilar Albán de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Piura y teniendo la confianza plena de que la información que se obtendrá en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

FIRMA.....

D.N.I.....

ANEXO 2: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevara unos 15 minutos. Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionaran respetando de manera rigurosa el secreto estadístico. Por favor, señale con un aspa su respuesta en el recuadro correspondiente.

Sección A: Su Servicio /Unidad

Item	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.El personal se apoya mutuamente					
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5.A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotada.					

6. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
7. No se producen más fallos por casualidad.					
8. Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo suele encontrar ayuda en los compañeros.					
9. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
10. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
11. En esta unidad hay problemas relacionados con “la seguridad del paciente”.					
12. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando					

intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
13. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace le personal para mejorar la Seguridad del Paciente.					
14. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
15. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					

Sección B: Su Hospital

Indique por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital.

Item	Muy en desacuerdo	De acuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
16. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una unidad/servicio a otra.					
17. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la información que ha recibido el paciente.					
18. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
19. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					

Sección C: Comunicación en su servicio/Unidad.

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad en el trabajo.

Item	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
20. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
21. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
22. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

Sección D: Información Complementaria

23. califique por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio /unidad. Marque en número que considere conveniente

0- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7 -8- 9- 10

24. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/ especialidad?

25. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?

26. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?

27. ¿Cuántas horas por semana trabaja en este hospital?

28. Durante el último año. ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?

29. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? Si

No.....

30¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Emergencia.....

Medicina.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVOS	MARCO TEÓRICO MARCO CONCEPTUAL	VARIABLES INDICADORES	METODOLOGÍA
“Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia	¿Cuál es la cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia ESSALUD-Piura Febrero 2018?	Objetivo General Determinar la cultura de seguridad del paciente según percepción de enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia ESSALUD-Piura Febrero 2018.	Marco Teórico. .Cultura de seguridad. .Seguridad del paciente .Cultura de seguridad del paciente. .Dimensiones de la Cultura de Seguridad. .Estrategias de	Definición conceptual Conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente. Dimensiones: . Eventos Adversos Notificados. .Percepción de seguridad .Expectativas y acciones de la dirección.	.Tipo de investigación: Cuantitativo Diseño: Transversal Descriptivo Prospectivo Universo: El universo está constituido por 158 enfermeras del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD.Piura

ESSALUD.Piura- Febrero 2018 “		<p>Objetivos Específicos</p> <p>.Determinar las características sociodemográficas y ocupacionales de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia.</p> <p>.Determinar la cultura de seguridad del paciente según la frecuencia de eventos adversos notificados.</p> <p>.Determinar la cultura de seguridad del paciente según la percepción de seguridad.</p> <p>.Determinar la cultura de seguridad del paciente</p>	<p>fomento de cultura de seguridad del paciente.</p> <p>.Teórica de Enfermería</p> <p>Marco Conceptual</p> <ul style="list-style-type: none"> •Accidente •Alerta •Atención Segura •Daño •Error •Evento •Evento Adverso •Evento Centinela 	<p>.Trabajo en equipo</p> <p>.Dotación del personal</p> <p>.Problemas en cambio de turno.</p> <p>Definición operacional</p> <p>.Suceso o fenómeno natural, tecnológico o provocado por el hombre que se describe en términos de sus características, su severidad, ubicación y área de influencia que se informa a través de un sistema.</p> <p>.Sensación de ausencia de peligro o riesgo.</p> <p>.Ayuda por parte de la dirección en ausencia de</p>	<p>Población:</p> <p>La población objeto de estudio está constituida por 43 enfermeras de los servicios de medicina y emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia ESSALUD .Piura.</p> <p>Muestra Poblacional :</p> <p>La muestra objeto de estudio está constituida por 43 enfermeras de los servicios de emergencia y medicina del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD.Piura.</p>
----------------------------------	--	--	---	---	---

		<p>según las Expectativas y acciones de la dirección.</p> <p>.Determinar la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo.</p> <p>.Determinar la cultura de seguridad del paciente según la dotación de personal</p> <p>.Determinar la cultura de seguridad del paciente según los problemas en cambio de turno.</p>	<p>•Mala Praxis:</p> <p>•Negligencia</p> <p>•Riesgo</p> <p>•Secuela</p> <p>•Sistema Abierto</p>	<p>daño a los pacientes.</p> <p>.Trabajo hecho por varios individuos donde cada uno hace una parte pero todos con un objetivo común</p> <p>.Proceso de contratar a personal suficiente para brindar una atención de calidad</p> <p>.Cuestión discutible en uno de los ejes centrales del cuidado de enfermería.</p> <p>Variable 1: Cultura de Seguridad del Paciente.</p> <p>Criterios de Medición :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiva • Neutra • Negativa 	<p>Se ha considerado que la población sea igual a la muestra debido a que la cantidad de la población no es muy extensa</p> <p>.Muestreo : Muestreo no probabilístico por conveniencia</p> <p>Técnica:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>Cuestionario</p> <p>Procedimientos de recolección de datos :</p> <p>Excel</p>
--	--	---	---	---	---

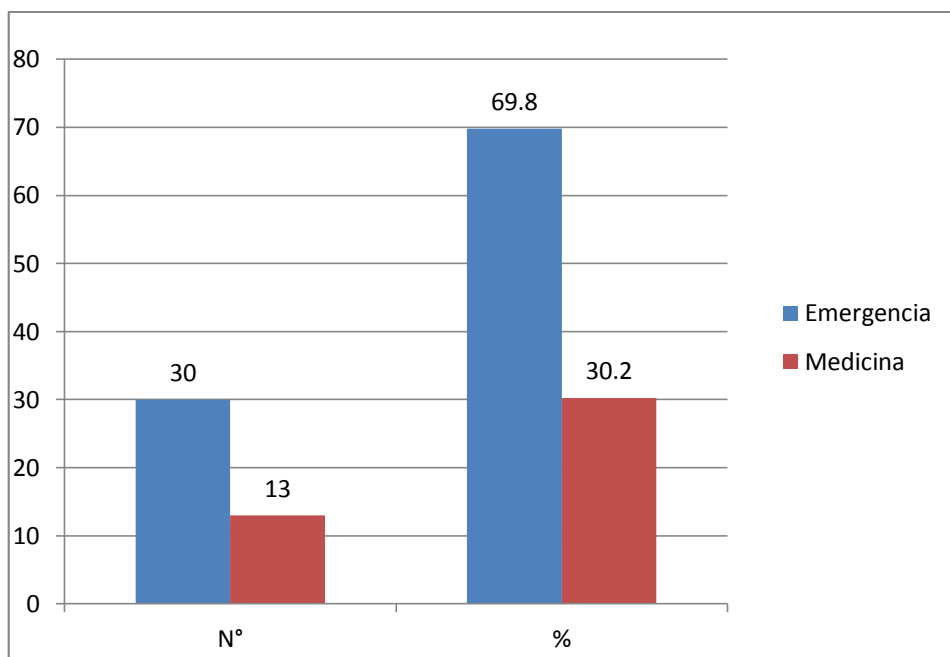
ANEXO 4: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

TABLA N°9: Principal área de trabajo en el hospital

SERVICIO	N°	%
Emergencia	30	69.8
Medicina	13	30.2
TOTAL	43	100.0

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N°9: Principal área de trabajo en el hospital



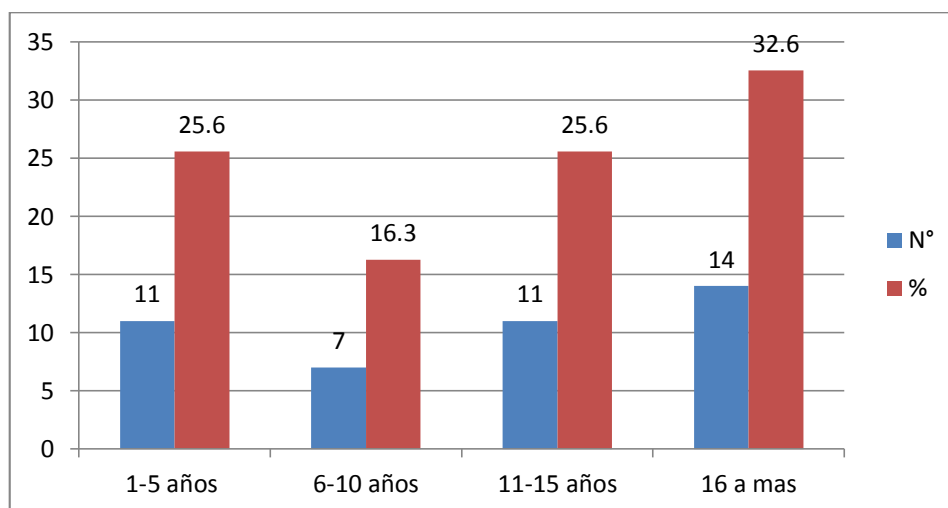
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N°10: Tiempo trabajando en su profesión

TIEMPO	N°	%
1-5 años	11	25.6
6-10 años	7	16.3
11-15 años	11	25.6
16 a mas	14	32.6
TOTAL	43	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N°10: Tiempo trabajando en su profesión



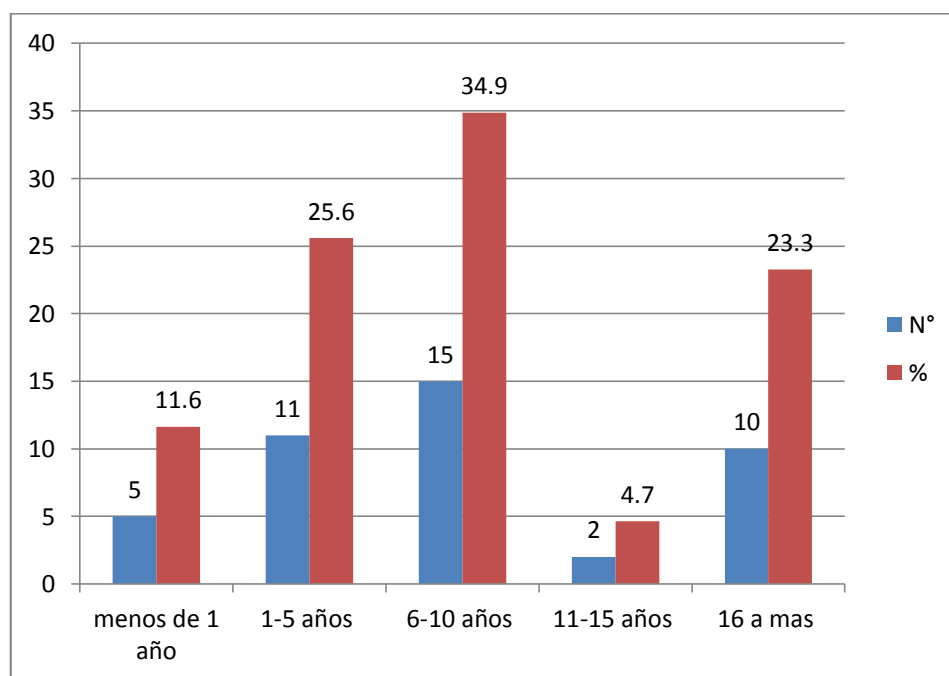
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N°11: Cuanto tiempo lleva trabajando en el hospital

TIEMPO	N°	%
menos de 1 año	5	11.6
1-5 años	11	25.6
6-10 años	15	34.9
11-15 años	2	4.7
16 a mas	10	23.3
TOTAL	43	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N°11: Cuanto tiempo lleva trabajando en el hospital



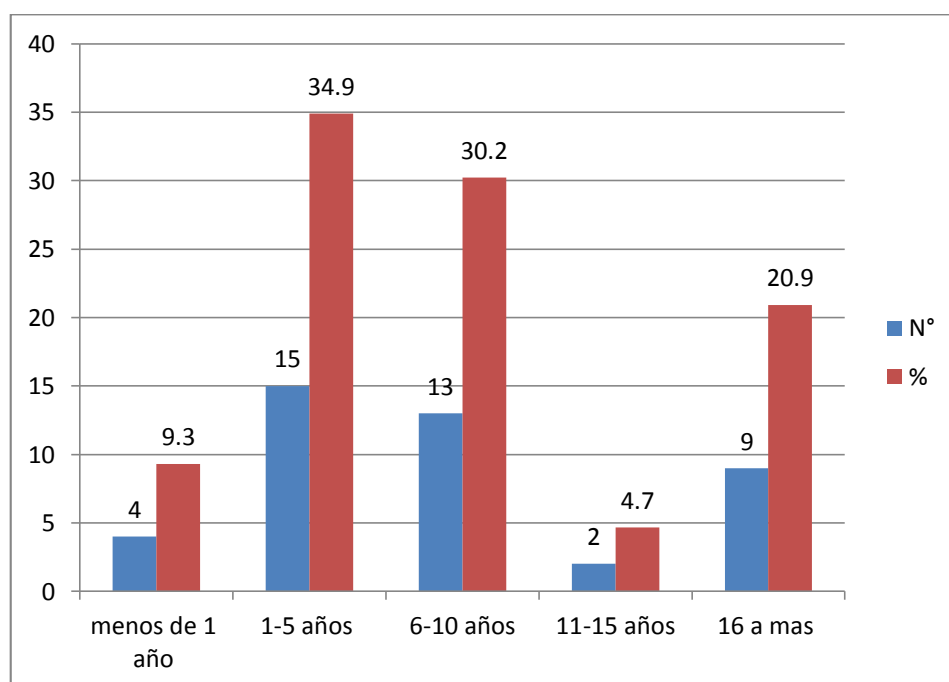
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N°12: Cuánto tiempo lleva trabajando en su servicio

TIEMPO	N°	%
menos de 1 año	4	9.3
1-5 años	15	34.9
6-10 años	13	30.2
11-15 años	2	4.7
16 a mas	9	20.9
TOTAL	43	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N°12: Cuánto tiempo lleva trabajando en su servicio



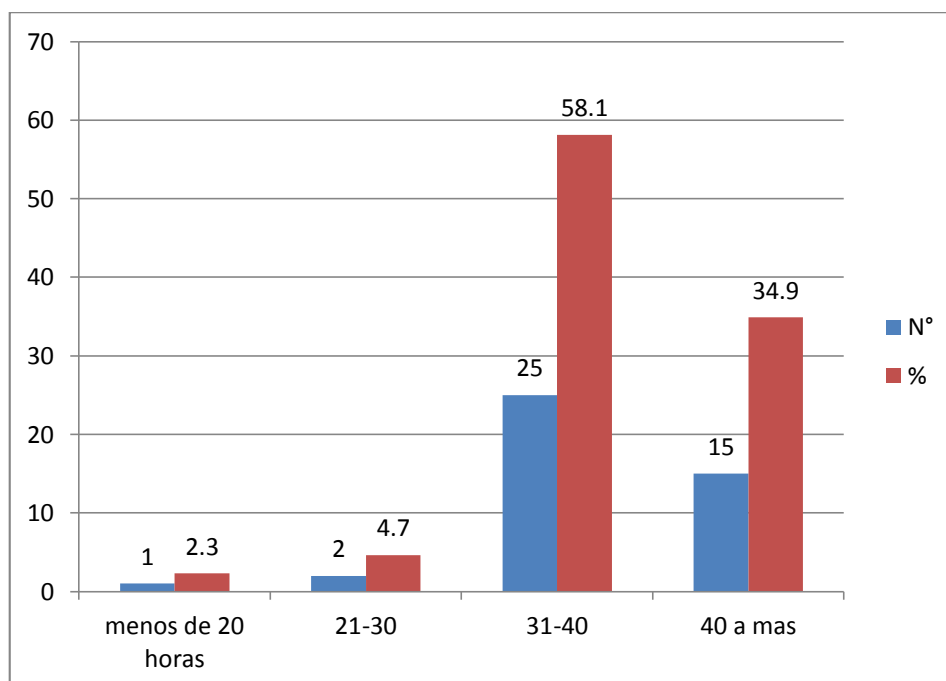
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

TABLA N°13: cuantas horas por semana trabaja en el hospital

TIEMPO	N°	%
menos de 20 horas	1	2.3
21-30	2	4.7
31-40	25	58.1
40 a mas	15	34.9
TOTAL	43	100

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety

Gráfico N°13: Cuántas horas por semana trabaja en el hospital



Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety